

**DIE ÄRZTLICHE BEGUTACHTUNG
NACH DEM SCHWERBEHINDERTENGESETZ -
DIAGNOSE IM WIDERSTREIT MEDIZINISCHER
WISSENSCHAFT UND RECHTLICHER GESICHTSPUNKTE**

Elisabeth Wellenberger

Aus dem Rechtsmedizinischen Institut der Universität München

Vorstand Prof. Dr. W. Spann

Die ärztliche Begutachtung nach dem Schwerbehindertengesetz -
Diagnose im Widerstreit medizinischer Wissenschaft und recht-
licher Gesichtspunkte

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Elisabeth Wellenberger

aus
München

Jahr
1985

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:

Prof. Dr. W. Spann

Mitberichterstatter:

Dekan:

Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung:

9. Mai 1986

Vorwort

Die vorliegende Arbeit behandelt Probleme der versorgungs-ärztlichen Tätigkeit im Rahmen des Schwerbehindertengesetzes. Der Aufgabenbereich der Versorgungsmedizin, der sich aus dem Bundesversorgungsgesetz und anderen Gesetzen aus dem sozialen Entschädigungsrecht ergibt, also vor allem die Begutachtung der Kriegsoffer, bleibt ausgeklammert.

In der Untersuchung geht es nicht um den Komplex der juristischen Probleme, die mit der Anerkennung der Schwerbehinderten-Eigenschaft verbunden sind (Antragsverfahren, Rechtssicherheit, Besitzstandswahrung, die Rücknahme rechtsgültiger Bescheide und dergleichen). Sie beschränkt sich auf die Diskussion der ärztlichen Gutachtertätigkeit in diesem Teilbereich des sozialstaatlichen Rechtswesens.

Die Arbeit wertet eine Vielzahl aktenkundiger Fälle aus und führt Fallbeispiele an, die anonym sowie durch die Veränderung gewisser, für das jeweilige Beweisziel unwesentlicher Umstände des einzelnen Falles im Sinne des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht unkenntlich gemacht worden sind.

Für die Unterstützung bei den für diese Arbeit notwendigen Recherchen danke ich der Leitenden Ärztin des Versorgungsamtes München II, Frau Dr. Beust, Herrn Regierungsamtsrat Kießling, dem Leitenden Arzt des Landesversorgungsamtes Bayern, Herrn Dr. Prechtel, Herrn Ministerialrat Dr. Rauschelbach und dem Amtsleiter des Versorgungsamtes München II, Herrn Dr. Reinfelder.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Die Zielsetzung des Schwerbehinderten- gesetzes und die Aufgabenstellung der damit befaßten Versorgungsmedizin	1
1.1. Die sozialstaatliche Zwecksetzung des Rechts für Schwerbehinderte	1
1.2. Geschichte des Schwerbehindertenrechts	4
1.2.1. Die Rechtsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland	4
1.2.2. Zur Vorgeschichte des bundesdeutschen Schwer- behindertenrechts	7
1.3. Die Problematik der Verknüpfung von Gesund- heitsschäden mit sozialstaatlichen Rechts- folgen	8
2. Der Antragsteller	11
2.1. Die angestrebten Vergünstigungen und die Beratung vor dem Antrag	11
2.1.1. Anträge mit dem Ziel einer Kompensation finanzieller Lasten	11
2.1.2. Anträge mit dem Ziel arbeitsrechtlicher Besserstellung	13
2.1.3. Anträge auf Freifahrt, Begleitperson, Befreiung von Rundfunkgebühren	15
2.2. Der Vorwurf des "Anspruchsdenkens"	18
2.3. Rechtsanspruch und Anamnese	21
3. Die Problematik der Beurteilung von Anträgen nach Aktenlage	25
3.1. Der hausärztliche Befundbericht	25
3.1.1. "Bloße Diagnosen"	26
3.1.2. "Gutachten" im Sinne des Antrags	27
3.1.3. "Gutachten" gegen den Antragsteller	30
3.2. Klinikbefunde, Kurabschlußberichte	31
4. Die versorgungsärztliche Untersuchung	33
4.1. Die Rollenverteilung zwischen Arzt und Antragsteller	33

	Seite
4.2. Die technischen Hilfsmittel	37
5. Das Krankheitsbild und seine Beurteilung im Sinne des Schwerbehindertengesetzes	39
5.1. Die generelle Problematik der Beurteilung	39
5.2. Die "Anhaltspunkte"	44
5.3. Einschätzungsprobleme und Ermessensspiel- räume des beurteilenden Arztes	52
5.3.1. Das Problem der Schwere des Leidens	52
5.3.2. Das Leiden im Verhältnis zur Gesamt- konstitution	54
5.3.3. Das Leiden im Verhältnis zum Lebensalter	56
5.3.4. Die Kombination verschiedener Leiden	59
6. Zusammenfassende Auseinandersetzung mit dem "Verdacht", durch die gültige Rechtslage würden "Schwerbehinderte" erst geschaffen	69
Anmerkungen	72
Literaturverzeichnis	85



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554808_0100

1. Die Zielsetzung des Schwerbehindertenrechtes und die Aufgabenstellung der damit befaßten Versorgungsmedizin

1.1. Die sozialstaatliche Zwecksetzung des Rechts für Schwerbehinderte

Das Sonderrecht für Schwerbehinderte umfaßt einen ganzen Katalog von gesetzlichen Bestimmungen. Sie liegen im wesentlichen auf den Gebieten des Steuerrechts, des Arbeitsrechts sowie von besonderen Maßnahmen zur Rehabilitation. Letztere reichen von der Einrichtung besonderer Werkstätten für Behinderte bis zur Verpflichtung von Unternehmern im öffentlichen Nahverkehr, Behinderte unter bestimmten Voraussetzungen umsonst zu befördern. Die speziellen arbeitsrechtlichen Regelungen betreffen in erster Linie die Pflicht der Arbeitgeber, 6 vom Hundert ihrer Arbeitsplätze mit Schwerbehinderten zu besetzen bzw. für jeden nicht besetzten Pflichtplatz eine Abgabe in Höhe von DM 100,00 monatlich zu zahlen, den Schwerbehinderten 6 zusätzliche Werktage Urlaub zu gewähren und bei einer Kündigung die Zustimmung der Hauptfürsorgestelle einzuholen. Hinzu kommt das Recht des Schwerbehinderten, schon vor Erreichen des gesetzlichen Rentenalters einen Antrag auf Altersruhegeld zu stellen. ¹⁾ Steuerrechtlich bedeutsam sind insbesondere die Vorschriften des § 33 EStG ²⁾ über abzugsfähige besondere Belastungen sowie Sonderregelungen über die Kfz-Steuer, die sich zum Teil wieder mit den Vorschriften zur unentgeltlichen Beförderung Schwerbehinderter überschneiden bzw. wechselseitig ausschließen. ³⁾

Der Personenkreis, auf den diese gesetzlichen Regelungen Anwendung finden, sowie das Verfahren zur Feststellung der Zugehörigkeit zu diesem Personenkreis sind im 1. Abschnitt des Gesetzes zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft (Schwerbehindertengesetz - Schwb-G) definiert. ⁴⁾

Wie aus § 3 dieses Gesetzes hervorgeht, sind mit der Feststellung der Schwerbehinderten-Eigenschaft die Versorgungsämter betraut, die daneben noch Aufgaben im Bereich der Ver-

sorgung bzw. Entschädigung von Kriegs-, Wehrdienst- und Zivildienstopfern und anderen Personengruppen zu erfüllen haben. ⁵⁾ Bei der Feststellung der Schwerbehinderten-Eigenschaft, die nur auf Antrag eines Betroffenen erfolgt, machen der Ärztliche Dienst der Versorgungsämter oder für das Amt arbeitende Außengutachter nach Aktenlage bzw. nach den Befunden eigener Untersuchungen fachlich begründete Vorschläge zur Feststellung eines in Prozent ausgedrückten Grades der "Minderung der Erwerbsfähigkeit" (M.d.E.).

Das Sonderrecht für Behinderte im Sinne des Schwb-G regelt nicht die Versorgung der Betroffenen, Beihilfen zum Lebensunterhalt und dergleichen. Es verfolgt eine speziellere Zielsetzung. Den Schwerbehinderten sollen, wie die Regierungserklärung vom 28. Oktober 1969 programmatisch erklärt hat, Chancen in Beruf und Gesellschaft eröffnet werden, wo immer dies möglich ist. Ganz offenkundig reflektiert hier der Gesetzgeber auf eine Berufswelt und auf gesellschaftliche Gewohnheiten, die in hohem Maße durch Konkurrenz geprägt sind und die Lebens- und Karrierechancen des einzelnen u.a. von einer vollständigen körperlichen, geistigen und seelischen "Leistungsfähigkeit" abhängig machen. Für dieses volle Maß an "Leistungsfähigkeit" gibt es kein objektives und schon gar kein überindividuelles Maß; die sogenannte "Leistungsgesellschaft" begründet sich gerade umgekehrt aus der Vorstellung, daß in letzter Instanz der erreichte Erfolg den einzig objektiven und praktisch maßgeblichen Gradmesser der individuellen Tüchtigkeit darstellt oder doch wenigstens darstellen sollte. Etwas deswegen ist jedoch aus dem gesellschaftlich gültigen "Leistungsprinzip" das Ideal der sozialen Gerechtigkeit und Chancengleichheit nicht wegzudenken. So sehr Unterschiede im individuellen "Leistungswillen und -vermögen" sich geltend machen sollen, so sehr sollen es doch auch nur solche Unterschiede sein, nach denen der Lebenserfolg der einzelnen sich entscheidet und unterscheidet. Es soll ausgeschlossen sein, daß besondere Schädigungen der individuellen Leistungskraft, Merkmale also, die die Individualität eines Menschen nicht ausmachen, sondern stören und behindern, hier eine Rolle spielen

Es ist klar, daß damit ein Ideal von Konkurrenz aufgestellt wird, das in der Realität niemals voll einzulösen ist. Es kann gar keine "äußeren" Hilfen geben, die eine schwerwiegende Einbuße der individuellen Konkurrenzfähigkeit im Beruf und im gesellschaftlichen Leben überhaupt und die dadurch bedingten Nachteile quasi ungeschehen machen. Immerhin setzt der moderne Sozialstaat sich aber das Ziel, grundsätzlich jedermann in die Lage zu versetzen, daß er seine persönlichen Fähigkeiten vor allem im Beruf an denen seiner Mitbewerber messen, sich also trotz allem an den gültigen gesellschaftlichen Kriterien eines durch Leistung verdienten Lebenserfolgs bewähren kann. In diesem Sinne sucht das Sonderrecht für Schwerbehinderte einen gewissen Ausgleich zu schaffen, der die Nachteile im beruflichen und gesellschaftlichen Leben aufgrund der Behinderung zwar nicht aufhebt, immerhin aber die Bewältigung dieser Nachteile erleichtert.

So sind die Steuervergünstigungen für Behinderte nicht dazu da, Verdienstaussfälle aufgrund verminderter körperlicher, geistiger oder seelischer Konkurrenzfähigkeit zu ersetzen; mit ihnen wird aber anerkannt, daß eine Lebensführung im Sinne des gesellschaftlich Üblichen für die betroffenen Personen besondere Belastungen mit sich bringt. Ebenso geben die arbeitsrechtlichen Schutzvorschriften dem Schwerbehinderten nicht ein Recht auf beruflichen Erfolg; in der Konkurrenz mit Nicht-Behinderten sollen sie einen gewissen Schutzraum schaffen (Pflichtplätze und Kündigungsschutz) und einem größeren Bedarf an gesundheitlicher Erholung Rechnung tragen (bezahlter Zusatzurlaub).

Ähnlich sind die verschiedenen Rehabilitationsmaßnahmen und die übrigen Vergünstigungen für Schwerbehinderte zu sehen. Die ärztliche Begutachtung ist genauso wie für den M.d.E.-Grad für die Zuerkennung dieser Vergünstigungen die Grundlage. Folgende Vergünstigungsmerkmale sprechen im Schwerbehindertenrecht eine Rolle:

- a) Für die Freifahrt im öffentlichen Nahverkehr (mit einer jährlichen Eigenbeteiligung von DM 120,00) - alternativ eine 50 %ige Kfz-Steuerermäßigung - muß eine "erhebliche

Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr" ("G") vorliegen. Sie bedeutet, daß infolge einer Einschränkung des Gehvermögens, auch durch innere Leiden oder infolge von Anfällen oder von Störungen der Orientierungsfähigkeit, nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne erhebliche Gefahren für sich oder andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurückgelegt werden können, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden. 6)

- b) Eine "außergewöhnliche Gehbehinderung" ("aG") als Voraussetzung für Parkerleichterungen sowie für eine vollständige Befreiung von der Kfz-Steuer zusätzlich zur Freifahrt im öffentlichen Nahverkehr (ein Eigenbeitrag von jährlich DM 120,00 muß auch hier entrichtet werden) liegt vor bei Personen, die sich aufgrund ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können. 7)
- c) Die "Notwendigkeit ständiger Begleitung" ("B") als Voraussetzung für die unentgeltliche Beförderung einer Begleitperson (auch im Fernverkehr) liegt vor bei Behinderten, die infolge ihrer Behinderung zur Vermeidung von Gefahren für sich und andere bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen sind. 8)
- d) Die Voraussetzungen für die "Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht" ("RF") sind bei Behinderten mit einer M.d.E. von wenigstens 80 v.H. gegeben, die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen können, darüberhinaus Personen, die allein aufgrund einer Sehbehinderung eine M.d.E. von 60 v.H. bzw. allein wegen einer Hörminderung eine M.d.E. von 50 v.H. haben. 9)
- e) Hilflose Personen erhalten nach dem Einkommensteuergesetz den höchsten Steuerfreibetrag. Als hilflos ist jemand anzusehen, der infolge von Gesundheitsstörungen nicht nur vorübergehend für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens in erheblichem Umfang fremder Hilfe dauernd bedarf. 10)

1.2. Geschichte des Schwerbehindertenrechts

1.2.1. Die Rechtsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland

Die im Abschnitt 1.1. ausgeführte sozialstaatliche Zielsetzung ist erst mit dem seit 1. Mai 1974 gültigen Schwerbehinderten-gesetz (Schwb-G) eingeführt worden. 11) Erst mit diesem Gesetz sind gesetzliche Vergünstigungen für jedermann, der in seiner Gesundheit nicht nur vorübergehend beeinträchtigt ist, geschaffen worden. Als "nicht nur vorübergehend" wird eine

Gesundheitsstörung verstanden, die sich über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten erstreckt. ¹²⁾

Das Schwerbehindertengesetz gewährt Hilfen unabhängig von der bestimmten Ursache einer Behinderung. Dies war die durchgreifende Neuerung dieser Gesetzgebung. Bis dahin war der Kreis derer, die im Sinne des heutigen Schwb-G geschützt wurden, auf Kriegsoffer bzw. Opfer von Arbeitsunfällen, Opfer des Nationalsozialismus und Blinde eingeschränkt. Das Gesetz über die Beschäftigung Schwerbeschädigter (Schwerbeschädigten-gesetz) von 1953 hatte den begünstigten Personenkreis in diesem Sinne definiert. ¹³⁾

Schon damals und erneut bei einer Novellierung des Schwerbeschädigtengesetzes im Jahre 1961 hatte die Alternative zur Debatte gestanden, die Rehabilitationsleistungen des Gesetzes unabhängig vom Grund der Behinderung auf alle Schwererwerbsbeschränkten auszudehnen. Dagegen war 1953 von Regierungsseite folgende Argumentation geltend gemacht worden:

"Von der Ausdehnung auf die Schwererwerbsbeschränkten wurde Abstand genommen, da hierdurch einerseits eine Benachteiligung der Kriegs- und Arbeitsopfer und andererseits eine unerträgliche Belastung der Wirtschaft zu befürchten ist. Wenn es auch die Pflicht des sozialen Rechtsstaates ist, die in der Entfaltung ihrer Kräfte Behinderten, die Hilfsbedürftigen und Schwachen zu schützen, so muß das Gesetz in Anerkennung der Tatsache, daß die Schwerbeschädigten das gesundheitliche Opfer für das ganze Volk erbracht haben, diesen Personenkreis bei der Eingliederung in das Arbeitsleben bevorzugen". (Aus der Regierungsbegründung zum Entwurf des Schwerbeschädigten-gesetzes 1953)

1961 wurde bereits weniger grundsätzlich, sondern mehr pragmatisch gegen eine nicht von vornherein übersehbare Ausdehnung des Begünstigtenkreises argumentiert.

"Das Schwerbeschädigtengesetz wurde in erster Linie erlassen, um die körperbeschädigten Kriegsoffer möglichst schnell und möglichst umfassend in das Wirtschafts- und Arbeitsleben einzugliedern. In diesem Sinne ist es ein Kriegsfolgengesetz. Durch die Einbeziehung aller Körperbehinderten mit einer erheblichen Minderung der Erwerbsfähigkeit würde das Gesetz einen völlig anderen Charakter erhalten und Probleme aufwerfen, die im Rahmen dieser technischen Novelle nicht entschieden werden können." (Aus der Regierungsbegründung zum Entwurf des Änderungsgesetzes 1961)

Diese Bedenken sind von der neuen Bundesregierung 1969 nicht mehr geteilt worden. Sie hat bereits in der Regierungserklärung vom Oktober 1969 das Programm einer Neufassung der gesetzlichen Rehabilitationsleistungen und eine Neudefinition des Kreises der Begünstigten versprochen und in den folgenden Jahren in Angriff genommen.

Mit dem Schwerbehindertengesetz von 1974 wurde der Übergang vom Kausalitätsprinzip - im wesentlichen wurden gesundheitliche Opfer, die im Dienst der Allgemeinheit gebracht wurden, berücksichtigt - zum Finalitätsprinzip gemacht - der Auffassung, daß alleine die Tatsache und das Ausmaß der Behinderung Voraussetzung für Schutz und Vergünstigungen sind.

Die für die Betroffenen wichtigste seitherige Modifikation des Schwb-G bestand in der Einfügung des elften Abschnitts über die unentgeltliche Beförderung Schwerbehinderter im öffentlichen Personenverkehr im Jahre 1979, womit auch für diese spezielle Vergünstigung vom Prinzip der Kausalität Abstand genommen wurde. Hierdurch konnte die Schwerbehinderten-Eigenschaft auch für solche Personen eine ökonomische Vergünstigung bedeuten, die nicht mehr im Erwerbsleben standen. Das Haushaltsbegleitgesetz vom Dezember 1983 hat die Bestimmungen dieses elften Abschnitts erneut modifiziert, um eine Kostenersparnis für die öffentlichen Kassen zu erzielen. ¹⁴⁾

Die einst geltend gemachte Befürchtung einer von der Wirtschaft nicht zu verkraftenden Flut von Schwerbehinderten ist heute ein Jahrzehnt nach Einführung des Schwb-G in diese Form sicher widerlegt.

Seit Inkrafttreten des Gesetzes wurden allein in Bayern bis zum Herbst 1984 mehr als 1,3 Millionen Anträge nach dem Schwb-G gestellt; von diesen Antragstellern wurden mehr als 800.000 als Schwerbehinderte anerkannt. ¹⁵⁾ Der weitaus größte Teil, nämlich fast zwei Drittel der Schwerbehinderten, steht nicht mehr oder hat noch nie im Erwerbsleben gestanden. ¹⁶⁾

Von einer Überforderung der Wirtschaft im letzten Jahrzehnt durch die Sonderrechte der Schwerbehinderten kann jedenfalls nicht die Rede sein. Heute wird eher umgekehrt häufig die Befürchtung geäußert, daß in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit und eines hohen Rationalisierungsstandards insbesondere der arbeitsrechtliche Schutz für Schwerbehinderte nicht mehr richtig greift.

Für die Zukunft ist wohl eher mit neuen Richtlinien für die Feststellung der Schwerbehinderten-Eigenschaft als mit einer Rückkehr zur alten Kriegsoffer-Fürsorge zu rechnen. Alles, was über die z. Z. vorbereitete Gesetzesnovelle bekannt ist, läßt die Prinzipien des Schwb-G von 1974 unberührt. ¹⁷⁾

1.2.2. Zur Vorgeschichte des bundesdeutschen Schwerbehindertenrechts

Der Gedanke der Kriegsofferrehabilitation (neben der Versorgung), von dem das Schwerbeschädigtengesetz von 1953 ausgeht, sowie der Katalog der Schutzmaßnahmen und Vergünstigungen für den betroffenen Personenkreis gehen zurück auf das "Gesetz über die Beschäftigung Schwerbeschädigter" von 1923 (RG Bl. I S. 57), mit dem ein im ersten Weltkrieg begonnener Rechtschöpfungsprozeß abgeschlossen wurde. Das Gesetzeswerk von 1923 hat bereits den besonderen Kündigungsschutz durch die Notwendigkeit der Zustimmung der Hauptfürsorgestelle ¹⁸⁾ zur Kündigung eines Schwerbeschädigten, die Gleichstellungsmöglichkeiten für Minderbeschädigte, Schwererwerbsbeschränkte (Opfer von Arbeitsunfällen) und für Zivilblinde sowie die Schaffung der Institution des Vertrauensmanns der Schwerbeschädigten im Betrieb zusammenfassend geregelt. Durch eine Ausführungsverordnung vom Februar 1924 (RG Bl. I S. 73) wurde der Pflichtsatz der zu beschäftigenden Schwerbeschädigten für die Arbeitgeber auf 2 vom Hundert festgesetzt. Dieser Pflichtsatz blieb bis zum Jahre 1945 bestehen. Durch das Schwerbeschädigtengesetz von 1923 konnten die schwerbeschädigten Kriegsoffer des ersten Weltkrieges, deren Zahl 1930 350.000 betrug, und die fast 100.00 schwerbeschädigten Opfer von Arbeitsunfällen nahezu vollständig in Arbeit gebracht

werden. ¹⁹⁾

1.3. Die Problematik der Verknüpfung von Gesundheits-schäden mit sozialstaatlichen Rechtsfolgen

Das Schwerbehindertenrecht knüpft bestimmte Rechtsfolgen an körperliche, geistige oder seelische Leiden, die bestimmte Tatbestandsmerkmale aufweisen. Das Gesetz operiert hier mit dem Begriff einer "nicht nur vorübergehenden Behinderung" der persönlichen "Erwerbsfähigkeit" sowie mit Prozentsätzen einer "Minderung der Erwerbsfähigkeit" (M.d.E.). Mit einer Behinderung, die eine M.d.E. von 50 oder mehr Prozent bedingt, ist der Tatbestand der Schwerbehinderung gegeben.

Das wesentliche Tatbestandsmerkmal einer "Minderung der Erwerbsfähigkeit" ist weniger eindeutig, als der Ausdruck selbst nahelegt. ²⁰⁾ Es geht nicht um eine graduelle oder vollständige Unfähigkeit, einen bestimmten oder überhaupt einen Beruf auszuüben. ²¹⁾ Berücksichtigt werden soll neben einer Benachteiligung im Berufsleben auch die Beeinträchtigung des alltäglichen Lebens und der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben überhaupt. Deswegen ist auch für Nicht-Berufstätige - alte Menschen genauso wie Kinder und Jugendliche - das Tatbestandsmerkmal einer M.d.E. mit Rechtsfolgen verknüpft.

Damit stellt sich die Frage nach dem Kriterium, nach dem der Grad einer M.d.E. im Sinne des Gesetzes zu ermitteln ist. Das Schwerbehindertenrecht postuliert hier einen medizinischen Beurteilungsmaßstab. Es verlangt ein ärztliches gutachterliches Urteil über die körperliche, geistige und seelische Funktionstüchtigkeit eines Menschen, genauer: über das prozentuale Maß, in dem diese Funktionstüchtigkeit in einem vorliegenden Fall als beeinträchtigt zu gelten hat. Aus der medizinischen Diagnose - die ihrerseits an die subjektiven Beschwerden eines Menschen anknüpft - ist das Tatbestandsmerkmal einer in Prozent ausgedrückten M.d.E. zu ermitteln. Diese Indienstnahme des ärztlichen Urteils für die Zuerkennung oder Verweigerung bestimmter Rechte ist vom Gesetz und

seiner sozialstaatlichen Zielsetzung her unproblematisch und funktioniert in der Praxis auch. Dennoch sind damit Probleme verknüpft, die in der vorliegenden Arbeit erörtert werden sollen.

Zum einen fällt das medizinische Urteil nicht mit dem subjektiven Befinden, geschweige denn mit den tatsächlichen beruflichen oder allgemeinen Lebensschwierigkeiten eines behinderten Menschen zusammen. Dies ist zum Teil ein generelles Problem der medizinischen Diagnostik; in der versorgungsärztlichen Praxis ist es aber von besonderer Bedeutung, weil die Diagnose ja nicht einfach auf den Grund des Leidens gehen, sondern eben den Grad der durch das Leiden verursachten Behinderung einschätzen soll.

Zum zweiten liegen das ärztliche Urteil über Grund und Auswirkungen einer gesundheitlichen Schädigung und das rechtsrelevante Tatbestandsmerkmal einer prozentualen M.d.E. logisch auf verschiedenen Ebenen. Bei der medizinischen Diagnose geht es um die naturwissenschaftliche Erkenntnis, wie und wodurch ein Organsystem geschädigt ist; die Diagnose seelischer und geistiger Leiden bemüht sich ebenfalls um die Ermittlung von Art und Ursache der vorliegenden Symptome. In solchen Erkenntnissen hat der Gesichtspunkt eines exakten quantitativen Maßes der vorliegenden Schädigung, und schon gleich die Ermittlung eines prozentualen Abzugs von einer vorgestellten Gesamt-Funktionstüchtigkeit eines Menschen keinen Platz. Umgekehrt kann die Festlegung der besonderen Rechte, die einem Bürger zustehen, nur mit quantifizierten Merkmalen vorgehen; Aufschlüsse über Art und Grund eines Leidens sind hier nur insoweit von Interesse, wie sie sich in solche Merkmale übersetzen lassen.

Schließlich sind drittens der rechtliche Tatbestand einer M.d.E. und das subjektive Urteil eines Betroffenen über die Schwere seines Leidens in gewisser Weise inkommensurabel. Sie liegen nur dann auf derselben logischen Ebene, wenn der Betroffene seine Leiden schon von einem quasi-juristischen Standpunkt aus beurteilt und in Rechtsansprüche übersetzt

hat. Für die medizinische Diagnose sind die Angaben eines Menschen über seine Symptome, der über seine - vermeintlichen - Rechtsansprüche redet, jedoch weitgehend unbrauchbar.

Die vorliegende Arbeit untersucht diese Problematik in folgenden Schritten: Das Kapitel 2. über den Antragsteller erörtert das Verhältnis von Behinderung und Rechtsanspruch beim "Klienten", so wie es dem Versorgungsarzt vorgetragen wird, und setzt sich mit dem Vorwurf des "Anspruchsdenkens" auseinander. Das Kapitel 3. über die Feststellung der Schwerbehinderten-Eigenschaft nach Aktenlage stellt die Quellen der versorgungsärztlichen Beurteilung und das Problem ihrer Eignung für den Zweck des versorgungsärztlichen Gutachtens dar. Das Kapitel 4. über die versorgungsärztliche Untersuchung geht auf die Phänomene der Simulation und Dissimulation ein. Das Kapitel 5. über das Krankheitsbild und seine Beurteilung im Sinne des Schwerbehindertengesetzes setzt sich mit dem Hauptproblem der versorgungsmedizinischen Begutachtung, dem Verhältnis zwischen medizinischer Diagnose und zu ermittelndem Rechtstatbestand, auseinander. Hier werden insbesondere die "Anhaltspunkte für ärztliche Gutachter-tätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz" von 1983 sowie das Problem der Ermittlung einer Gesamt-M.d.E. bei mehreren verschiedenen Behinderungen diskutiert. In einem Schlußabschnitt werden kritische Einwände gegen das gesamte Verfahren der Feststellung der Schwerbehinderten-Eigenschaft überprüft.

2. Der Antragsteller

2.1. Die angestrebten Vergünstigungen und die Beratung vor dem Antrag

Den Anträgen auf Feststellung der Schwerbehinderten-Eigenschaft liegen beim Antragsteller allemal mehr oder weniger subjektive Deutungen der Rechtslage zugrunde. Welche Rechtsansprüche der Antragsteller mit seinem Antrag verbindet, hängt in der Regel davon ab, durch welche "Instanz" er überhaupt auf die Vergünstigungen des Schwb-G aufmerksam gemacht worden ist.

2.1.1. Anträge mit dem Ziel einer Kompensation finanzieller Lasten

Nur eine Minderheit der Antragsteller hat dezidierte Vorstellungen von den steuerlichen Vergünstigungen, die sich mit der Feststellung einer Schwerbehinderung oder einer "äußerlich erkennbaren" Behinderung, die eine M.d.E. zwischen 25 und 50 v.H. bedingt, verbinden. Ausgangspunkt des Anerkennungsanspruchs ist hier in der Regel die Steuerberatung und nicht eigene Rechtskenntnisse.¹⁾ In diesen Fällen kann nur selten davon die Rede sein, daß der Betroffene zur Bewältigung der zusätzlichen Ausgaben, die ihm aus seinem Leiden erwachsen, sich auf einen finanziellen Ausgleich angewiesen sieht und von daher auf die sozialstaatlichen Vergünstigungen stößt, die mit der Feststellung der Schwerbehinderten-Eigenschaft verbunden sind.

Ein Teil derer, denen ihre Behinderung finanziell kaum tragbare Kosten bereitet, zieht aus Steuervergünstigungen ohnehin keinen wesentlichen Vorteil. Umgekehrt werden oftmals Leiden geltend gemacht, aus denen nicht ohne weiteres ersichtlich ist, inwieweit sie dem Antragsteller zusätzliche Kosten bereiten. Der Weg zur Antragstellung geht da mehr oder weniger eindeutig von einer Kenntnis rechtlicher Vorteile aus, über die ein "normaler" Steuerzahler selten verfügt. Dies gilt insbesondere für solche Fälle, in denen Ehegatten, die sel-

ber kein Einkommen zu versteuern haben, mit klaren Vorstellungen über den Prozentsatz der Behinderung, der für ihren steuerzahlenden Ehepartner von Interesse ist, auf die Feststellung einer entsprechenden M.d.E. dringen. Dabei ist meistens nicht in Abrede zu stellen, daß die Antragsteller Gebrechen im Sinne des Schwb-G aufweisen. Es soll hier nur darum gehen, einen Typus von Antragstellern herauszustellen, für dessen Antrag auf finanzielle Vergünstigungen die finanziellen Lasten nicht unmittelbar den Ausgangspunkt bilden. Im übrigen kommt es nicht selten vor, daß Behinderte erst im Verlauf des Feststellungsverfahrens auf die Möglichkeit von Steuernachlässen aufmerksam werden und dann diese Vergünstigung neben ihren ursprünglichen Anliegen anstreben.

Fallbeispiel

- A) Im Erstantrag von Frau A. wird eine "Neurose mit Neigung zu Depressionen" geltend gemacht. Die eingereichten ärztlichen Befundberichte ergeben kein klares Bild der vorliegenden Störung. Frau A. wird daraufhin zu einer Begutachtung ins Amt einbestellt. Es handelt sich um eine Frau Anfang der Fünfziger, die sich gleich als Gattin eines höheren Angestellten in der freien Wirtschaft vorstellt. Zu Beginn der Untersuchung macht sie darauf aufmerksam, daß sie von ihrem Rechts- und Steuerberater auf die Möglichkeiten des Schwb-G hingewiesen worden sei; der ihr auch erklärt habe, daß ihr mindestens eine M.d.E. von 30 v.H. zu stehe. Und der, im Falle eines negativen Bescheids, weitere rechtliche Schritte ergreifen werde. Die durchgeführten Untersuchungen ergaben auf dem psychisch-neurologischen Sektor ein leichtes "psycho-vegetatives-Syndrom" ohne nennenswerten Krankheitswert; auf gynäkologischem Gebiet wurden hormonelle Ausfallserscheinungen festgestellt, wie sie für das Lebensalter typisch sind. Darüberhinaus wurden keinerlei Gesundheitsstörungen festgestellt. Eine M.d.E. im Sinne des Schwb-G ergab sich daraus begreiflicherweise nicht.

Fallbeispiel

- B) Frau B., eine nicht erwerbstätige Hausfrau, beantragt die Erhöhung ihrer bisher mit 70 v.H. festgestellten Gesamt-M.d.E.. Eine "erhebliche Beeinträchtigung der Beweglichkeit im Straßenverkehr" und damit das Vergünstigungsmerkmal "G" war ebenfalls bereits festgestellt worden, da eine schwerdekomensierte Torsionsskoliose der Wirbelsäule mit Gibbumbildung mit einer Einzel-M.d.E. von 40 v.H. und Verschleißerscheinungen beider Hüftgelenke mit einer Einzel-M.d.E. von 30 v.H. bestanden. Darüberhinaus war vor mehreren Jah-

ren eine Teilresektion des Magens nach Billroth II durchgeführt worden, für die eine Einzel-M.d.E. von 20 v.H. festgestellt worden war. Aus Anlaß des Erhöhungsantrages wird Frau B. zur Untersuchung einbestellt. Bei der Befragung stellt sich heraus, daß die einzige Kurbehandlungsmethode, die subjektive Linderung der Wirbelsäulen-Beschwerden bringt, von der zuständigen Krankenkasse im Rahmen ihrer Ermessensspielräume nicht bezahlt wird. Nach den Angaben von Frau B. wird die höhergradige Feststellung angestrebt, um einen gewissen Ausgleich hierfür über eine zusätzliche Steuererleichterung des Ehemannes zu erzielen. Bei der Untersuchung wird zusätzlich zu den bereits festgestellten Behinderungen noch eine beidseitige Gonarthrose festgestellt, die mit einer Einzel-M.d.E. von 30 v.H. bewertet wird. Die Gesamt-M.d.E. wurde aufgrund der neu hinzugekommenen Behinderung auf 80 v.H. erhöht.

Zwischen diesen beiden Grenzfällen liegt die Mehrzahl der Anträge, die explizit im Hinblick auf Steuervergünstigungen gestellt werden.

2.1.2. Anträge mit dem Ziel arbeitsrechtlicher Besserstellung

Eine andere Minderheit von Antragstellern, die sich zum Teil mit den unter 2.1.1. Genannten überschneidet, beantragt die Feststellung der Schwerbehinderung im Hinblick auf den besonderen Arbeitsschutz bzw. im Hinblick auf die Ausgleichsabgaben, die für Arbeitgeber ²⁾ bei Unterschreitung des vorgeschriebenen Prozentsatzes von 6 Prozent Schwerbehinderten in der Belegschaft fällig werden.

Wichtigstes Motiv sind hier die vom Gesetzgeber vorgesehenen Arbeitsschutzbestimmungen: frühere Verrentung, 6 zusätzliche Urlaubstage sowie der besondere Kündigungsschutz ³⁾. Häufig liegt hier dem Antrag ein Ratschlag der Gewerkschaft bzw. des zuständigen Betriebsrats zugrunde, insbesondere in den Fällen, in denen das Bedürfnis nach mehr Urlaubstagen oder das Problem einer befürchteten Kündigung als Beweggrund der Antragstellung deutlich wird. Bei der Absicht, eine frühere Verrentung zu erreichen, spielt durchaus auch das betriebliche Interesse eine Rolle, älteren Beschäftigten mit verminderter Leistungsfähigkeit einen "sanften Abgang" zu verschaffen. Bisweilen ist der Ausgangspunkt für die Antragstellung der

Wunsch des Arbeitgebers, sein Schwerbehinderten-Kontingent zu erhöhen, dem der Arbeitnehmer dann - durchaus auch aus eigenem Interesse - nachkommt.

Fallbeispiel

- C) Herr C. legt Widerspruch ein gegen die Festsetzung seiner M.d.E. auf 40 v.H. In seinem Schreiben macht er deutlich, daß er eine M.d.E. von mindestens 50 v.H. anstrebt. Bei der persönlichen Vorstellung erklärt Herr C., daß er den höheren Prozentsatz anstrebt, weil ihm der Betriebsrat dies als Mittel für einen besseren Kündigungsschutz empfohlen habe - über die gesetzliche Möglichkeit der Gleichstellung (nach § 2 des Schwb-G) war er angeblich nicht informiert worden. Die versorgungsärztliche Untersuchung ergibt, daß die Gesamt-M.d.E. mit 40 v.H. korrekt festgesetzt war. Es bestehen koronare Herzkrankheit, die eine Einzel-M.d.E. von 30 v.H. bedingt, und Verschleißerscheinungen der Wirbelsäule mit rezidivierenden Ischialgien, die mit einer Einzel-M.d.E. von 20 v.H. bewertet werden.

Die Ironie des Falls lag darin, daß der Mann zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits entlassen war und seinen Anspruch nur weiter verfolgte, weil die Gewerkschaft ihn dabei unterstützt hatte.

Fallbeispiel

- D) Herr D., ein 59-jähriger Arbeitnehmer, der in seinem Antrag ein chronisches Magengeschwürsleiden, ein Lungenemphysem und eine beidseitige Gonarthrose geltend gemacht hat, trägt anläßlich einer Untersuchung im Amt vor, daß er sowohl vom Personalbüro als auch vom Betriebsrat im Hinblick auf sein Alter und auf in letzter Zeit gehäufte Ausfälle wegen Krankheit auf die Möglichkeiten des Schwb-G aufmerksam gemacht worden sei. In diesem Zusammenhang sei er auch darüber informiert worden, daß die Firma in Anbetracht der wirtschaftlichen Lage die Belegschaft möglicherweise reduzieren müsse.

Die im Antrag geltend gemachten Leiden wurden durch die Untersuchungen bestätigt. Die Voraussetzungen für die angestrebte Gesamt-M.d.E. von 50 v.H. lagen in diesem Fall vor.

Fallbeispiel

- E) Die Gesamt-M.d.E. wurde bei Frau E., die sich wegen eines Carcinoms einer Mamma-Amputation hatte unterziehen müssen, nach Ablauf der 5-jährigen Heilungsbewährung ⁴⁾ von 50 v.H. auf 30 v.H. herabgesetzt. Dagegen legt Frau E. Widerspruch ein. Sie wird zur Untersuchung vorgeladen. Auf Befragen gibt sie offen darüber Auskunft, daß die Schwerbehinderten-

Eigenschaft die Bedingung ihrer Einstellung als Teilzeitarbeitskraft gewesen sei. Widerspruch habe sie in erster Linie deshalb eingelegt, da sie im Falle eines Verlustes der Schwerbehinderten-Eigenschaft um ihr Arbeitsverhältnis fürchten müsse.

Die Untersuchung ergibt, daß die Rückstufung der M.d.E. auf 30 v.H. im Sinne des Schwb-G völlig korrekt war.

2.1.3. Anträge auf Freifahrt, Begleitperson, Befreiung von Rundfunkgebühren

Ein relativ großer Teil der Antragsteller strebt gesetzlich vorgesehene Hilfen an, die unmittelbar der Bewältigung ihres Gebrechens dienen. Im Vordergrund steht dabei der Antrag auf unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personennahverkehr bzw. alternativ auf Kraftfahrzeugsteuerermäßigung. Dies gilt insbesondere für den überwiegenden Teil der Antragsteller, die aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind und daher kaum andere finanzielle Vergünstigungen aus dem Schwb-G. zu erwarten haben. Die Betroffenen versprechen sich davon eine Hilfe, ihre eingeschränkte Beweglichkeit und die damit verbundene Einbuße von sozialen Kontakten - im weitesten Sinne - ohne zusätzliche Ausgaben zu kompensieren. In diesen Fällen gilt nahezu als Regel, daß der Entschluß zur Antragstellung auf die mittelbare oder unmittelbare Bekanntschaft mit behinderten Personen zurückgeht, denen diese Vergünstigung gewährt worden ist. Teils werden sie durch Sozialpfleger oder ihren Bekanntenkreis darauf aufmerksam gemacht, daß ein Anrecht auf solche Unterstützung besteht. Teils machen sie in ihrer Nachbarschaft selbst die entsprechenden Beobachtungen.

Wie wichtig dieser Anspruch genommen wird, zeigt die Reaktion auf seine Einschränkung durch das Haushaltsbegleitgesetz vom Dezember 1983.⁵⁾

Auf die Mitteilung hin, daß die Voraussetzungen für die unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personennahverkehr nach der neuen Rechtslage bei ihnen nun nicht mehr erfüllt seien, haben die meisten der Betroffenen die Gelegenheit ergriffen, im eingeleiteten Anhörungsverfahren darzustellen, daß sie weiterhin einen Anspruch auf die unentgeltliche Be-

förderung hätten. Ablehnungsbescheide, die auf dieses Anhörungsverfahren folgten, wurden nur in den seltensten Fällen widerspruchslos hingenommen.

Vielen Antragstellern ist dabei allerdings nicht klar, daß auch die Feststellung einer erheblichen Einschränkung der Gehfähigkeit sie nicht von der Entrichtung eines jährlichen Eigenbeitrags von DM 120,00 entbindet. Ein Teil strebt darauf hin die Feststellung des Merkmals "H" - Hilflosigkeit - an; in diesem Fall entfällt der Eigenbeitrag von jährlich DM 120,00. Oder es wird ein Antrag auf die Feststellung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung ("aG") gestellt, die auch weiterhin zu einer vollständigen Befreiung von der Kfz-Steuer führt zusätzlich zur Freifahrt im öffentlichen Nahverkehr mit DM 120,00 Eigenbeteiligung. Der Beweggrund für diese Anträge ist hierbei, daß die Betroffenen nach der Rechtsänderung in der Gewährung des Vergünstigungsmerkmals "G" überhaupt keinen finanziellen Ausgleich mehr erblicken können.

Fallbeispiel

F) Herr F. hat Antrag auf Feststellung des Vergünstigungsmerkmals "G" gestellt. Aufgrund der vorliegenden ärztlichen Atteste wird dieser Antrag abgelehnt. Daraufhin wird um eine versorgungsärztliche Untersuchung gebeten. Diese ergibt, daß die Ablehnung korrekt war. Herr F. leidet zwar an Verschleißerscheinungen der Hüft- und Kniegelenke, die jedoch keine erhebliche Gehbehinderung im Sinne des Gesetzes bedingen. Während der Untersuchung erzählt Herr F. auch, daß er durchaus noch längere Spaziergänge unternimmt, besteht aber darauf, die "Freifahrt" zuerkannt zu bekommen. Das entscheidende Argument, daß er dafür vorbringt, lautet, er kenne viele Nachbarn und Verwandte, die noch besser laufen könnten als er, aber umsonst mit dem Bus fahren dürften.

Fallbeispiel

G) Bei Frau G. war aufgrund einer schweren p.c.P., die zu ausgeprägten deformierenden Gelenkveränderungen geführt hatte, eine M.d.E. von 80 v.H. festgestellt worden. Nach den vorliegenden Unterlagen waren im wesentlichen die Gelenke der oberen Extremität betroffen. Im Rahmen der Überprüfung nach der Änderung der Voraussetzungen für "G" wurde Frau G. daraufhin die "Freifahrt" aberkannt. Im Anhörungsverfahren macht Frau G. eine Verschlimmerung ihres Leidens geltend. Die eingereichten Befundberichte belegen, daß das Leiden mittlerweile auch zu erheblichen Deformierungen der Knie- und Sprunggelenke geführt hat. Daraufhin wird die

Gesamt-M.d.E. erhöht und eine erhebliche Gehbehinderung bestätigt. Jetzt stellt Frau G. einen Antrag auf die Feststellung von "Hilflosigkeit". Als Begründung gibt sie an, daß sie für ihre Hausarbeit Hilfe brauche und auch schon seit längerer Zeit nicht mehr ihre Einkaufstaschen alleine tragen könne. Zudem liege ihre Wohnung relativ weit von den nächsten Einkaufsmöglichkeiten entfernt. Der Antrag mußte abgelehnt werden, da "Hilflosigkeit" im Sinne des Gesetzes nur vorliegt, wenn ständig, in erheblichem Umfang Hilfe bei den alltäglichen Verrichtungen benötigt wird, und nicht wenn für gewisse Hausarbeiten und für das Einkaufen Unterstützung nötig ist. ⁶⁾Die konkrete Wohnsituation - in diesem Fall weite Einkaufswege - darf darüberhinaus bei der Beurteilung nach dem Schwb-G keine Rolle spielen.

Das Anrecht auf unentgeltliche Beförderung einer ständigen Begleitperson ist unter älteren, schon anerkannten Schwerbehinderten sehr gut bekannt. Zum Bekanntwerden dieses Rechts haben neben der "Mundpropaganda" die Beratungsspalten populärer Zeitungen und Zeitschriften nicht wenig beigetragen. Die meisten verstehen dieses Recht nicht im Sinne des Gesetzestextes, sondern begründen es mit ihrem verständlichen Interesse, bei Exkursionen aller Art von ihrem Partner begleitet zu werden. Zur Unterstreichung dieses Interesses wird häufig auf relativ niedrige Rentenbezüge hingewiesen. Es kommt sogar gelegentlich vor, daß die Antragsteller ihren Anspruch dadurch widerlegen, daß sie alleine ohne Schwierigkeiten zum Untersuchungstermin im Amt erscheinen.

Fallbeispiel

- H) Bei einem älteren Herrn war das Vergünstigungsmerkmal "G" aufgrund einer arteriellen Verschußkrankheit der Beine mit einer Einschränkung der schmerzfreien Gehstrecke auf 100 m (Einzel-M.d.E. 50 v.H.) bereits festgestellt worden. Die Gesamt-M.d.E. betrug infolge weiterer, innerer Leiden 80 v.H. Nachdem im Rahmen der versorgungsärztlichen Überprüfung nach Aktenlage aus Anlaß der Gesetzesänderung die Voraussetzungen einer erheblichen Gehbehinderung bei Herrn H. bestätigt wurden, wird Antrag auf eine ständige Begleitperson gestellt. Als Begründung hierfür wird geltend gemacht, daß die Gefäßerkrankung weiter fortgeschritten sei und jetzt eine Cerebralsklerose mit rezidivierenden Verwirrheitszuständen und Schwindelattacken vorliege. Zum Untersuchungstermin wird Herr H. von seiner Ehefrau begleitet, die sich darüber beschwert, daß ihr im Rahmen der Überprüfung die "Freifahrt" aberkannt worden sei (übrige

gens zu Recht, wie sich bereits bei einer kurzen Befragung herausstellt). Deshalb habe ihr Ehemann jetzt Antrag auf eine Begleitperson gestellt. Um ihrem Anliegen weiteres "Gewicht" zu geben, hat sie Belege über die monatlichen Rentenbezüge mitgebracht. Die Untersuchung des Ehemanns ergibt, daß sich die allgemeine Arteriosklerose tatsächlich erheblich verschlimmert hat. Die Cerebralsklerose war so ausgeprägt, daß die Gesamt-M.d.E. auf 100 v.H. erhöht wurde und eine ständige Begleitperson bewilligt wurde.

Bei der Befreiung von Rundfunkgebühren ist die Diskrepanz zwischen den gesetzlich genau festgelegten Voraussetzungen hierfür ⁷⁾ und den Wünschen der Antragsteller am deutlichsten. Abgesehen von Seh- und Gehörgeschädigten, bei denen die Sachlage meist eindeutig ist, betrachten viele die Möglichkeit, umsonst Radio zu hören oder fernzusehen, nicht selten als Kompensation für Schwierigkeiten aller Art und nicht als Ersatz für die dauerhafte Unmöglichkeit, an öffentlichen Veranstaltungen teilzunehmen.

Fallbeispiel

- 1) Frau I. beantragt "RF" mit der Begründung, sie sei als Querschnittsgelähmte an den Rollstuhl gefesselt und könne deswegen nur unter Inanspruchnahme fremder Hilfe an Konzertveranstaltungen teilnehmen, die sie vor ihrem Leiden öfters besucht habe. Der Antrag ist sehr eindeutig vom Appell an ein "menschliches Verständnis" für eine besondere Notlage getragen und benennt ausgerechnet in diesem Interesse Merkmale der geltend gemachten Behinderung, die den Voraussetzungen für die Befreiung von den Rundfunkgebühren nicht genügen. Die Notwendigkeit einer ständigen Begleitperson war bei der querschnittsgelähmten Frau ebenso wie das Vergünstigungsmerkmal "aG" festgestellt worden. Bei der Prüfung der Voraussetzungen für "RF" ist zu überprüfen, ob der Behinderte "selbst mit Hilfe von Begleitpersonen oder mit technischen Hilfsmitteln (z.B. Rollstuhl) ("Anhaltspunkte", S. 131) nicht an öffentlichen Veranstaltungen teilnehmen kann.

2.2. Der Vorwurf des "Anspruchsdenkens"

Von verschiedenen Seiten wird häufig der Vorwurf erhoben, Anträge auf Feststellung der Schwerbehinderten-Eigenschaft seien nicht selten ein Versuch, in moralisch fragwürdiger Weise auf dem eigenen - wirklichen oder sogar bloß vorgetäuschten - Gebrechen finanziellen Gewinn zu schlagen. Manche der vor-

stehenden Beispiele, die die Inkongruenz vermeintlicher Rechtsansprüche mit den gesetzlichen Regelungen dokumentieren, könnten diesem Verdacht Vorschub leisten. Tatsächlich wird damit allerdings ein Problem berührt, das grundsätzlicher ist als die Frage, ob nicht in manchen Fällen zu Unrecht ein Schwerbehinderten-Ausweis verlangt oder ausgestellt wurde. Zunächst einmal ist grundsätzlich festzustellen, daß es für den Betroffenen keinen direkten Zusammenhang zwischen dem subjektiv erlittenen physischen Defekt und dem Verlangen nach rechtlicher Kompensation gibt. Mit seinem gesundheitlichen Leiden wendet ein Betroffener sich an den Arzt - bzw. das Gesundheitswesen - mit dem Verlangen, Heilung zu finden oder medizinische Hilfe im Falle dauerhafter Behinderung (also Linderung). Bei der "Feststellung der Schwerbehinderten-Eigenschaft" geht es von vornherein um ganz etwas anderes. Bei dieser "Eigenschaft" geht es um ein Rechtsmerkmal. Beim Antragsteller ist daher allemal mehr als ein bloßes Leiden vorausgesetzt. Er muß - wie diffus auch immer - über die Rechtslage informiert sein; er muß sich zu Ansprüchen berechtigt wissen; und er muß ein Interesse daran haben, gesetzlich festgelegte Vergünstigungen für sich in Anspruch zu nehmen. Ohne solches "Anspruchsdenken" kommt ein Antrag gar nicht erst zustande.

Der zitierte Vorwurf des "Anspruchsdenkens" ist also einerseits leicht zu haben, andererseits macht er es sich zu leicht. Er greift nämlich im Grunde an Einzelbeispielen das Prinzip sozialstaatlicher Kompensation recht pauschal an und würde, beim Wort genommen, einen Großteil der Aufgaben der Versorgungsämter in Frage stellen. Antragstellern, die den vom Gesetzgeber gewollten Rechtsweg beschreiten, um gewisse, genau bemessene Entschädigungen für eine schwerwiegende gesundheitliche Benachteiligung zu erhalten, werden ausgerechnet wegen dieses vorschriftsmäßigen Vorgehens verdächtigt. In Wirklichkeit gestaltet sich der Übergang vom subjektiven Leiden zum Rechtsanspruch bei den Antragstellern komplizierter, als dieser Vorwurf es wahrhaben will. Abgesehen von den Fällen, in denen eine rechtliche Beratung den Ausgangspunkt der Antragstellung bildet, leiten die Betroffenen aus einer allgemeinen

Vorstellung von ausgleichender sozialstaatlicher Gerechtigkeit für sich einen mehr moralischen Anspruch auf verdiente Hilfe ab. Ihre Vorstellungen über den Umfang solcher Hilfe gehen ebensogut über die sozialstaatlichen Vergünstigungen hinaus, wie sie auch andererseits dahinter zurückbleiben. Ebenso pflegen sie sich die rechtlichen Voraussetzungen für staatliche Hilfe als einen moralischen Rechtstitel zurechtzulegen, der sich oftmals auf eine geringere als die vom Gesetzgeber vorgesehene Behinderung bezieht, andererseits aber nie allein auf einem gesundheitlichen Defekt beruht. Das Gütesiegel des unverdienten Leidens, verbunden mit dem Bewußtsein der eigenen moralischen Anspruchslosigkeit, spielt für den Großteil der Antragsteller eine nicht unwesentliche Rolle. In diesem Sinne ist den Antragstellern der Vorwurf, Schwerbehinderte wollten aus ihrem Leiden nur "Kapital schlagen", selber sehr geläufig.

Für die Antragsteller selbst ist also die Berechtigung ihres Antrags oft genug eine Frage der Anerkennung ihrer persönlichen Rechtschaffenheit. Das ist der Gesichtspunkt, unter dem es ihnen ganz natürlich erscheint, eigene gesundheitliche Defekte nicht nur ihrem Hausarzt vorzutragen, sondern auch gewisse sozialstaatliche Vergünstigungen zu beziehen. Und da kehrt sich nicht selten das Verhältnis zwischen physischer Schwerbehinderung und "Anspruchsdenken" um - nicht zuletzt mit kritischem Blick auf Bekannte oder andere Fälle, denen im Vergleich zur eigenen Betroffenheit "zu viel des Guten" geschehen sei. Insofern mag ausgerechnet der Vorwurf des "Anspruchsdenkens" bei manchem Antrag auf "Vorteile" aus dem eigenen Leiden Pate gestanden haben.

Die Inkongruenz von moralischem Anspruchsdenken und Rechtslage mag oft genug dazu führen, daß ungerechtfertigte Ansprüche gestellt werden. Mindestens ebenso häufig führt die Unklarheit über mögliche eigene Rechtsansprüche allerdings dazu, daß durchaus berechtigte Ansprüche zu spät oder gar nicht gestellt werden. So sehr Antragsteller sich bisweilen auf Leiden berufen, die gar nicht anerkennenswert sind, so häufig stellt sich umgekehrt heraus, daß schwerwiegende Gesundheits

schädigungen von den Betroffenen nicht geltend gemacht worden sind oder werden. So passiert es z. B. immer noch, daß Krebskranke, statt unmittelbar nach der Diagnose der Erkrankung und einer daraufhin durchgeführten Operation, erst nach Ablauf der 5-jährigen Heilungsbewährung ⁸⁾ einen Antrag nach dem Schwb-G stellen - nach einer Zeitspanne also, nach der bei einem günstigen Operationsergebnis die Grunderkrankung selbst keine M.d.E. mehr bedingt. Auch kommt es immer wieder vor, daß erst bei der versorgungsärztlichen Untersuchung Gesundheitsschäden zur Sprache kommen, die für die M.d.E. eine Rolle spielen, in dem Antrag aber gar nicht geltend gemacht worden sind. Der Grund dafür liegt oftmals nicht einmal in der Unkenntnis des Antragstellers, sondern in allerlei Abwägungen darüber, ob die Einstufung als Schwerbehinderter nicht "beschämend" oder sogar im Berufsleben mehr hinderlich als nützlich wäre. Naturgemäß sind solche Fälle, in denen der Antrag überhaupt unterbleibt, aus versorgungsärztlicher Erfahrung heraus nicht zu quantifizieren. Es gibt jedoch genügend Anhaltspunkte dafür, daß nur eine "Zufallsauswahl" aus dem Kreis der eigentlich Anspruchsberechtigten den Weg zum Versorgungsamt findet.

2.3. Rechtsanspruch und Anamnese

Die Mischung von gesundheitlichen Leiden und Rechtsansprüchen, die notwendigerweise jedem Antrag nach dem Schwb-G zugrunde liegt, macht sich insbesondere in der Leidensgeschichte bemerkbar, die der zur Untersuchung einbestellte Antragsteller ⁹⁾ dem untersuchenden Arzt vorträgt. Schon aus der Allgemeinmedizin ist bekannt, daß die Patienten ihren Hausarzt als Vertrauensperson betrachten und ihm oft genug Einblick in ihr Privatleben und in ihre Lebensauffassung geben, weit über das zur medizinischen Diagnose notwendige Maß hinaus. Dem Versorgungsarzt begegnen die vorgeladenen Antragsteller einerseits mit größeren Vorbehalten, da sie ihn als eine Art Kontrollinstanz einschätzen. Umso mehr bieten sie andererseits auf, um durch die Anamnese den untersuchenden Arzt von der Berechtigung ihres Antrages zu überzeugen.

Die bereits erwähnte Minderheit von Antragstellern, die mit ihrem Antrag einen juristisch klar umrissenen Zweck verfolgt, erweckt häufig den Eindruck, als käme sie juristisch vorbereitet zur Untersuchung. Das Leiden wird tendenziell als juristischer Tatbestand vorgetragen; Formulierungen aus den "Anhaltspunkten" ¹⁰⁾ gehen manchmal bereits in die Schilderung des eigenen Leidens mit ein. Es kommt sogar vor, daß der Verweis auf den Rechtsanwalt der Darstellung des eigenen Befindens Nachdruck und Glaubwürdigkeit verleihen soll.

Ein solches Vorgehen, das den Versorgungsarzt ganz und gar als rechtliche Instanz nimmt, stellt allerdings die Ausnahme dar. Die meisten Antragsteller sind von der Unanfechtbarkeit ihres Anliegens so überzeugt, daß sie den untersuchenden Arzt im Rahmen ihrer Anamnese mit allen ihren moralischen Reflexionen vertraut machen wollen. Dabei werden regelmäßig Tatbestände und Gesichtspunkte vorgetragen, die weder medizinisch von Belang sind noch zur Rechtslage passen, für den Antragsteller aber höchste Wichtigkeit besitzen. Entbehrungen und Opfer werden aufgezählt, die in den Augen des Betroffenen ein Recht darauf begründen sollen, sozialstaatlich quasi vergütet zu werden. Lauter hinderliche Lebensumstände jenseits der geltend gemachten Behinderung werden geschildert, um den Anspruch auf Hilfe zu unterstreichen. Der Verweis auf ein niedriges Einkommen steht hier an erster Stelle. Nicht selten wird dem Bericht über erschütternde Familienschicksale ein größeres Gewicht beigemessen als dem versorgungsmedizinisch relevanten Leiden. Auf eine Weise, der zielstrebige Berechnung ebenso fremd ist wie die engeren Zwecksetzungen des Schwb-G, wird der Versorgungsarzt angesprochen wie eine Instanz des gesellschaftlichen Mitleids. Deswegen empfinden viele Antragsteller den Versorgungsarzt nicht als Kontrolle, sondern bestehen selber auf einer Untersuchung im Amt, um die vermeinte Anerkennungswürdigkeit ihres Leidens nachdrücklich und unmittelbar vorführen zu können.

Fallbeispiel

J) Ihrem Antrag nach dem Schwb-G hat Frau J. erst gar keine

ärztlichen Befundberichte beigelegt. Sie besteht ausdrücklich auf einer versorgungsärztlichen Untersuchung. Die Anamneseerhebung wird dadurch erschwert, daß Frau J. kaum über ihre Krankheitsgeschichte berichtet, dafür umso mehr von ihrem schweren Schicksal. Als Witwe habe sie alleine 5 Kinder großziehen müssen, das Geld sei immer sehr knapp gewesen; aber nie habe sie vom Staat etwas verlangt. Sie kenne Leute, die überhaupt keine Vergünstigungen nötig hätten und sich zudem die Gesundheit durch einen ausschweifenden Lebenswandel selber ruiniert hätten, denen würde bekanntlich alles gegeben. Sie habe schon viele Operationen hinter sich, die anerkannt werden müßten. Aufgezählt werden eine Gallenblasenoperation, eine Appendektomie, eine Strumaoperation, eine Krampfaderoperation und eine vaginale Hysterektomie wegen eines Uterus myomatosus. Außerdem wüßte sie genau, daß eine Nachbarin wegen der gleichen Unterleibsoperation einen Schwerbehindertenausweis bekommen hätte. Zuletzt berichtet sie noch, daß sie vor ein paar Monaten einen Sohn bei einem Verkehrsunfall verloren hätte.

Als Behinderungen im Sinne des SchwBG wurden bei der Untersuchung eine koronare Herzkrankheit und Verschleißerscheinungen der Wirbelsäule sowie der Hüft- und Kniegelenke diagnostiziert. Es wurde daraufhin eine Gesamt-M.d.E. von 50 v.H. festgesetzt. Diesen Leiden hatte Frau J. bei ihrem Bericht subjektiv kaum Bedeutung beigemessen. Die von ihr aufgezählten früheren Operationen stellen alle keine Behinderungen im Sinne des Gesetzes dar. Alle Eingriffe waren komplikationslos verlaufen und hatten zu keinen bleibenden Gesundheitsschäden geführt. Sie hatten im Gegenteil alle zu einer Besserung bzw. Beseitigung vorhandener Beschwerden beigetragen. Die operative Entfernung der Gebärmutter wegen gutartiger Veränderungen bedingte bei der über 60-jährigen Frau keine M.d.E. Auf die "Aufklärung", daß es sich bei der Erkrankung der etwa gleichaltrigen Nachbarin, die wegen einer Unterleibsoperation angeblich eine M.d.E. von 50 v.H. zuerkannt bekam, höchstwahrscheinlich um eine bösartige Geschwulstkrankheit gehandelt hatte, wurde aus begreiflichen Gründen verzichtet.

Fallbeispiel

- K) Frau K. legt Widerspruch ein gegen die Herabsetzung der M.d.E. von 50 v.H. auf 30 v.H. nach Ablauf der Heilungsbewährung¹⁾ bei Zustand nach Mamma-Amputation. In der Widerspruchsbegründung legt sie dar, daß ihr Zustand sich keineswegs gebessert habe, was bei dem Verlust einer Brust wohl auch nicht zu erwarten sei, und daß sie sich weigere, eine Entscheidung "vom grünen Tisch" zu akzeptieren, und deshalb auf einer Untersuchung bestehe. Bei der Anamneseerhebung gibt sie an, daß ihre Ehe mittlerweile geschieden sei und sie jetzt ihre zwei kleinen Kinder alleine versorgen müsse. Sie müsse jetzt einen Rechtsstreit gegen ihren früheren Ehemann durchstehen, für den die weitere Schwerbehinderten-Eigenschaft von Wichtigkeit sei.

Die Untersuchung bestätigte in diesem Fall, daß die Herabsetzung der M.d.E. auf 30 v.H. nicht zu beanstanden war. Der dauerhafte Organschaden war ausreichend bewertet, weitere Komplikationen hatten sich nicht ergeben. Die besondere Lebenssituation oder das private Schicksal eines Betroffenen dürfen nach dem Prinzip des Schwb-G für die Beurteilung keine Rolle spielen.

Fallbeispiel

- L) Bei Herrn K. wurde wegen einer Amputation des Daumens und des Mittelfingers der rechten Hand eine M.d.E. von 30 v.H. festgestellt. Dagegen legt Herr K. Widerspruch ein mit der Begründung, daß er seinen erlernten handwerklichen Beruf wegen seiner Behinderung aufgeben mußte. Der Fall konnte nach Aktenlage entschieden werden, da aus den eingereichten Befundberichten hervorging, daß weitere gesundheitliche Störungen nicht vorlagen. Die M.d.E. war mit 30 v.H. richtig festgesetzt, da nach dem Schwb-G die Beurteilung vom ausgeübten oder angestrebten Beruf unabhängig zu erfolgen hat. ¹²⁾

3. Die Problematik der Beurteilung von Anträgen nach Aktenlage

Die Tätigkeit des Versorgungsmediziners beginnt hier mit der Prüfung, ob die in einem Antrag geltend gemachten Leiden tatsächlich vorliegen und den Antragsteller in einem solchen Maße behindern, wie das Schwb-G es als Voraussetzung für die Feststellung einer Behinderung vorsieht. Grundlage dieser Prüfung sind in erster Linie die Befundberichte des Hausarztes, gegebenenfalls von Fachärzten sowie von Krankenhäusern und Kurkliniken. ¹⁾

Bei dieser Prüfung gelangt medizinische Sachkenntnis in ganz anderer Weise zum Einsatz, als das sonst bei ärztlicher Tätigkeit üblich ist. Die ärztliche Tätigkeit geht normalerweise aus von den Symptomen, die ein Patient schildert, und gelangt durch dessen Untersuchung zu einer Diagnose. Dem Versorgungsarzt werden fertige Diagnosen und Krankenberichte unterbreitet; daraus hat er zurückzuschließen auf den Grad dauerhafter Behinderung, durch die der ihm ansonsten unbekannte Patient beeinträchtigt wird. Nach Aktenlage hat er sich ein medizinisch stichhaltiges Bild von der Behinderung des Antragstellers zu machen: von den Symptomen, an denen der Betreffende leidet, sowie von deren Schwere. Dabei begegnet der Versorgungsarzt zuerst der Schwierigkeit, daß die Diagnosen und Befundberichte, die praktizierende Ärzte und Kliniken anzufertigen gewohnt sind, für ganz andere Zwecke konzipiert sind und oft nur indirekt die notwendigen Rückschlüsse erlauben.

3.1. Der hausärztliche Befundbericht

Das hausärztliche Gutachten ist im Normalfall die entscheidende, wenn nicht einzige Quelle, aus der sich der Versorgungsarzt seine Auffassung über Art und Schwere der Behinderung des Antragstellers bilden soll. Andererseits kann und soll dieses Attest die Begutachtung und Einschätzung durch den Versorgungsarzt nicht ersetzen. Es soll also alle objektiven Anhaltspunkte für die Feststellung einer Behinderung darstellen, ohne doch

selbst die Schlußfolgerung vorweg zu nehmen, die daraus folgen soll.

Eine andere Konstruktion ist hier kaum denkbar; die Feststellung von Rechtsfolgen eines Leidens kann ja nicht Sache des behandelnden Arztes sein. Umgekehrt geht es erst recht nicht an, daß jeder Antragsteller sogleich einer versorgungsärztlichen Untersuchung unterzogen wird. Die Schwierigkeit, die darin steckt, daß der Versorgungsarzt den Antragsteller nur durch die Diagnose des Hausarztes kennenlernt, ohne diese einfach als Urteil über den Grad der Behinderung übernehmen zu können, ist daher praktisch nicht aufzulösen. Sie stellt sich an den hausärztlichen Gutachten in unterschiedlichen Formen dar.

3.1.1. "Bloße Diagnose"

Viele Hausärzte sehen offenbar keinen Unterschied zwischen den Informationen, die für eine versorgungsärztliche Beurteilung nötig sind, und den Mitteilungen, die sie üblicherweise bei Überweisungen an weiterbehandelnde Ärzte geben. Im letzteren Fall können die Informationen naturgemäß sehr knapp ausfallen, da der weiterbehandelnde Arzt den Patienten ja selber vor sich hat und sich auf die mitgegebene Diagnose gerade nicht verlassen, sondern sie mit eigenen oder weitergehenden Methoden weiter abklären soll. Aus solchen diagnostischen Hinweisen wird für den Versorgungsarzt allerdings nur ausnahmsweise ersichtlich, ob ein Antrag nach dem Schwb-G gerechtfertigt ist.

Fallbeispiel

M) Ein Hausarzt reicht folgende Befundberichte ein:

"Bei Frau M. liegen folgende Erkrankungen vor:

- 1) Herzinsuffizienz bei Hypertonie
- 2) Zustand nach Cholecystektomie
- 3) Lungenemphysem, rezidivierende Bronchitiden
- 4) Diabetes mellitus
- 5) Verdacht auf Nierensteinleiden
- 6) Beidseitige Cox- und Gonarthrose
- 7) Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule"

Der betreffende Arzt hat seine Patientin sicher gründlich untersucht, da er ja Angaben über die verschiedensten Organsysteme macht. Für die Beurteilung nach dem Schwb-G si

die gegebenen Informationen aber nicht zu verwerten. Aus den aufgelisteten Diagnosen geht nämlich nichts über das aktuelle Ausmaß der jeweiligen Funktionsstörungen hervor. Und es ist dieses Ausmaß der Einschränkung der körperlichen, geistigen und seelischen Funktionstüchtigkeit, das alleine den Grad der M.d.E. ausmachen soll. Der Versorgungsarzt benötigt deshalb Angaben darüber, bei welchen Belastungen sich eine Leistungseinschränkung des Herzens bemerkbar macht, welche Blutdruckwerte gemessen werden, ob eine meßbare Einschränkung der Lungenfunktion vorliegt. Es genügt auch nicht zu wissen, daß Verschleißerscheinungen der Wirbelsäule und der Hüft- und Kniegelenke bestehen. Auch hier werden exakte Angaben über den Umfang der Funktionsbeeinträchtigungen benötigt, wie etwa die Bewegungsmaße der Gelenke, eine Beschreibung des Gangbildes und Angaben darüber, ob es aufgrund der degenerativen Wirbelsäulenveränderungen zu Nervenwurzelreizerscheinungen gekommen ist. Die Diagnose "Diabetes mellitus" läßt sich ohne die Angabe, ob die Erkrankung durch Diät, orale Medikation oder durch Insulin behandelt wird, ebenfalls nicht beurteilen. Völlig untauglich sind die Informationen "Zustand nach Cholecystektomie" - da hieraus überhaupt nicht zu ersehen ist, inwieweit nach der Operation noch Gesundheitsstörungen bestehen - und "Verdacht auf Nierensteinleiden" - da der bloße Verdacht auf eine Erkrankung oder ein abklärungswürdiger Zustand keine Behinderung nach dem Schwb-G darstellen.

3.1.2. "Gutachten" im Sinne des Antrags

In den meisten Fällen ist den behandelnden Ärzten durchaus bewußt, daß es in ihrem Befundbericht für das Versorgungsamt nicht in erster Linie um eine medizinische Diagnose geht, sondern um eine Begründung von Rechtsfolgen. Über die bloße Diagnose hinaus teilen sie ihre Einschätzungen des Leidens mit, das der Antragsteller als Behinderung geltend macht. Dabei überwiegt die Unterstützung des Antrags, ohne daß von "Gefälligkeits-Attesten" die Rede sein könnte. Der Hausarzt versteht sich naturgemäß als "Betreuer" seiner Patienten und wird von diesen in der Regel ja auch als Vertrauensperson geschätzt. Es ist daher nur folgerichtig, daß er in seinem Befundbericht dem Versorgungsarzt ein Bild vom Leiden seines Patienten zu vermitteln sucht, das nach seinem medizinischen Ermessen der physischen Schädigung seines Patienten auch gerecht wird.

Dabei macht sich allemal bemerkbar, daß es von der hausärzt-

lichen Diagnose keinen zwingenden Übergang zu der Einschätzung des dargestellten Leidens im Sinne des Schwb-G gibt. Sobald der Hausarzt sich von der bloßen Diagnose entfernt, fließen nur allzu leicht wertende Akzentsetzungen in seine Krankengeschichte mit ein. Dabei gehen manche Hausärzte so weit, daß sie an ihren Befundbericht Vorschläge über die anzunehmende M.d.E. oder eine "erhebliche Gehbehinderung" im Sinne des Schwb-G anschließen oder ausdrücklich Formulierungen aus dem Gesetzestext oder aus den "Anhaltspunkten" benutzen. Oft genug sind diese Vorschläge durch die Befunde, die vorher berichtet werden, gar nicht abgedeckt. Dies hat nichts mit bewußter Verfälschung oder Irreführung zu tun, sondern ist eine Konsequenz aus dem grundsätzlichen Problem, daß die hausärztliche Diagnose hier als "Hilfswissenschaft" für die Ermittlung eines Rechtstatbestandes dienen soll.

Davon zu unterscheiden sind allerdings solche Fälle, in denen beim Hausarzt - ähnlich wie oben unter 2.1. in Bezug auf den Antragsteller ausgeführt - Gesichtspunkte der Gerechtigkeit die medizinische Diagnose offenkundig überlagern. Dies ist etwa dann der Fall, wenn der medizinische Erfolg therapeutischer Maßnahmen in Abrede gestellt wird, um dem Patienten eine einmütig anerkannte M.d.E. zu erhalten, obwohl miteingereichte Klinikberichte einen entscheidenden Heilerfolg erkennen lassen. Im Interesse der in Frage stehenden Rechtsfolgen wird da bisweilen die normale medizinische Betrachtungsweise, die therapeutische Erfolge zu verbuchen sucht, auf den Kopf gestellt.

Fallbeispiel

- N) Im Rahmen des Anhörungsverfahrens nach der Aberkennung des Vergünstigungsmerkmals "G" wird folgender hausärztlicher Befundbericht eingereicht:

"Zustand nach Teilresektion des Dickdarms wegen eines Dickdarm-Carcinoms im Jahre 1973. Es wurde ein Anus praeter angelegt. Bisher kein Anhalt für Rezidiv oder Metastasen. Seit Jahren in Behandlung wegen Verschleißerscheinungen der Hüftgelenke und der Wirbelsäule.

Koronare Herzkrankheit mit gelegentlichen Stenocardien."

Bei den körperlichen Befunden wird ein gut funktionierender Anus praeter beschrieben. Die Beweglichkeit der Hüftgelenke wird beidseits als geringgradig eingeschränkt beschrieben. Die miteingesandten Röntgenbefunde bestätigen

mäßiggradige degenerative Veränderungen der Wirbelsäule und der Hüftgelenke. Das Ruhe-EKG zeigt einen Normalbefund, im Belastungs-EKG treten bei einer Belastung vor 75 Watt nach 4 Minuten pathologische Veränderungen auf.

Die abschließende Beurteilung in dem Befundbericht lautet: "Bei Herrn N. liegt eine Schwerbehinderung im Sinne des Schwb-G mit einer M.d.E. von 90 - 100 v.H. vor. Eine Besserung ist aufgrund des fortgeschrittenen Lebensalters nicht mehr zu erwarten. In Anbetracht des künstlichen Darmausgangs liegt sicherlich eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Sinne des Gesetzes vor."

Die letzten Bemerkungen gehen hier weit über eine objektive Befundmitteilung hinaus. Es handelt sich dabei um wertende, quasi-gutachtliche Äußerungen. Darüberhinaus sind weder der M.d.E.-Vorschlag noch der Vorschlag für die Zubilligung einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit durch die tatsächlich vorliegenden Gesundheitsstörungen gedeckt. Da die Heilungsbewährung nach der Carcinom-Operation abgelaufen war und offensichtlich ein weitgehend komplikationslos funktionierender Anus praeter vorlag, wurde die Einzel-M.d.E. für dieses Leiden auf 50 v.H. festgesetzt. Für die koronare Herzkrankheit wurde nach den Richtlinien der "Anhaltspunkte" eine Einzel-M.d.E. von 30 v.H. festgesetzt, für die beidseitige Coxarthrose eine Einzel-M.d.E. von 20 v.H. und für die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule eine Einzel-M.d.E. von 10 v.H. Die Gesamt-M.d.E. verblieb bei 80 v.H. Das Vergünstigungsmerkmal "G" wurde nach der neuen Rechtslage zu Recht aberkannt.

Fallbeispiel

- 0) Bei einem 45-jährigen Mann wurde wegen einer koronaren Herzkrankheit eine aortokoronare Bypass-Operation durchgeführt. Es wurde ursprünglich eine M.d.E. von 50 v.H. festgesetzt. Im Rahmen einer Nachprüfung 2 Jahre nach dem Eingriff wird die M.d.E. auf 30 v.H. herabgesetzt, da durch die Operation eine wesentliche Besserung der Herzleistung erzielt werden konnte. Dagegen legt Herr O. Widerspruch ein. Das eingereichte hausärztliche Attest unterstützt diesen Widerspruch und bescheinigt, daß sich der Gesundheitszustand von Herrn O. subjektiv nicht wesentlich gebessert habe. Der Entzug der Schwerbehinderten-Eigenschaft sei medizinisch nicht begründbar. Weitere Angaben, insbesondere objektive Parameter der Herzleistung, werden in dem hausärztlichen Bericht nicht gemacht. Aus einem gleichzeitig miteingereichten kardiologischen Bericht der Klinik, in der der koronarchirurgische Eingriff durchgeführt worden war, geht hervor, daß mittlerweile weitgehende Beschwerdefreiheit besteht. 2 Jahre nach dem Eingriff kann Herr O. beim Belastungs-EKG bis 175 Watt 11 Minuten belastet werden, ohne daß sich pathologische Veränderungen zeigen. Die Herabsetzung auf die Mindest-M.d.E. von 30 v.H., die die "Anhaltspunkte" nach koronarchirurgischen Eingriffen vorsehen (vergl. "Anhaltspunkte" 1983, S. 67), war also

völlig korrekt.

3.1.3. "Gutachten" gegen den Antragsteller

Selten kommt es auch vor, daß Hausärzte als Gegner des Antrags eines ihrer Patienten auftreten. Dabei werden in der Regel nicht Befunde in Abrede gestellt, auf die der Antrag sich bezieht, sondern Wertungen des geltend gemachten Leidens vorgetragen, die dessen Anerkennungswürdigkeit in Zweifel ziehen sollen. In einem negativen Sinn will hier der Hausarzt das versorgungsärztliche Gutachten vorwegnehmen oder beeinflussen. Die vorgebrachten Bedenken operieren dabei meistens nicht mit der Rechtslage, sondern - ähnlich wie in allgemeinerer Form der Vorwurf des "Anspruchsdenkens" - mit moralischen Urteilen über die Lebensführung des Antragstellers. In diesem Zusammenhang wird immer wieder implizit oder explizit der Vorwurf einer durch Fehlverhalten "selbstverschuldeten" Krankheit erhoben. Dieser Vorwurf wird in erster Linie bei Suchtkrankheiten - etwa der Alkoholkrankheit ²⁾ - erhoben, aber auch bei Bronchialerkrankungen bei starken Rauchern und sogar bei Übergewicht - bis hin zu der Äußerung, daß ein Diabetes mellitus bei Fettleibigkeit nicht als Behinderung zu werten sei. Hierzu ist erstens zu sagen, daß die Frage nach der persönlichen Schuld eines Menschen an seinem Leiden in den meisten Fällen, die hier gerne zitiert werden, weder aus medizinischer noch aus psychologischer Sicht eindeutig zu beantworten sein dürfte. Zweitens widersprechen diese Gesichtspunkte dem vom Gesetzgeber im Schwb-G verankerten Finalitätsprinzip, nach dem einzig die Art und das Ausmaß einer Behinderung für gesellschaftliche Rehabilitationsleistungen und sonstige Vergünstigungen den Ausschlag geben und nicht die jeweilige Ursache des Leidens.

Fallbeispiel

- P) Auf Anforderung des Amtes geht von dem Arzt, den eine Antragstellerin als ihren Hausarzt angegeben hat, folgender "Befundbericht" ein:

"Ich habe Frau P. in den letzten Jahren nur wegen Bagatellerkrankungen, wie die jährliche Winter-Grippe, behandelt. Daneben verordnete ich ihr regelmäßig die Anti-Baby-Pille

die sie ruhig nehmen soll. Diese Frau ist kerngesund, aber das ist typisch für diese Generation, wo es nur geht, ist sie auf ihre Bequemlichkeit bedacht. Und diese Erzieherin soll unsere Jugend zu Anstand und Moral erziehen!"

Aus einem später eingereichten orthopädischen Befundbericht und den mitgesandten Röntgenaufnahmen ging dann hervor, daß die betreffende Frau an einer angeborenen Hüftdysplasie litt, die bereits zu erheblichen Verschleißerscheinungen der Gelenke mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung geführt hatte. Für dieses Leiden war eine M.d.E. von 50 v.H. angemessen, damit waren auch die Voraussetzungen für das Vergünstigungsmerkmal "G" gegeben.

3.2. Klinikbefunde, Kurabschlußberichte

Ein wichtiges Hilfsmittel des Versorgungsarztes zur Überprüfung und eventuellen Korrektur der hausärztlichen Atteste bieten Befundberichte, die unabhängig vom Antrag erstellt worden sind. Dabei spielen Krankenhausberichte und Kurabschlußberichte eine besonders wertvolle Rolle. Sie geben einen objektiven Einblick in die Schwere des Leidens. Sie bieten nicht nur Momentaufnahmen eines Krankheitsbildes, sondern Informationen über einen Krankheitsverlauf, Heilungserfolge, Folgeschäden und lassen von daher Rückschlüsse auf bleibende Funktionseinbußen zu. In der Regel enthalten sie die Ergebnisse der üblichen Routineuntersuchungen, wie z.B. EKG, Laborwerte, Thoraxübersichtsaufnahme.

Andererseits nehmen sie dem Versorgungsarzt das Problem der Einschätzung all dieser Befunde im Hinblick auf das Ausmaß der körperlichen Beeinträchtigung des Antragstellers nicht ab. Sie können sogar in besonderen Fällen irreführend sein. Naturgemäß beziehen sie sich in erster Linie auf das therapierte Leiden; so kommt es vor, daß sie im Antrag geltend gemachte Behinderungen gar nicht erwähnen. Das heißt allerdings nicht in jedem Fall, daß das entsprechende Leiden nicht vorliegt. Bei akuten Notfällen, z. B. Herzinfarkt-Patienten, kann die Anamnese unvollständig sein, ohne daß dem Krankenhaus daraus ein Vorwurf zu machen wäre. Es liegt auf der Hand, daß bei einem Patienten, der mit einem akuten Herzinfarkt auf die Intensivstation eingeliefert wird, etwaige arthrotische Veränderungen der Hüft- und Kniegelenke für die notwendige Behandlung irrelevant sind. Erst recht wäre eine körperliche

Untersuchung, die die Überprüfung der Beweglichkeit dieser Gelenke nach allen Regeln der Kunst einschließt, in dieser Situation geradezu ein ärztlicher Kunstfehler.

Ebenso ist die in Entlassungsberichten übliche Formulierung "der Patient wurde bei allgemeinem Wohlbefinden nach Hause entlassen" (o.ä.) nicht ohne weiteres für die Einschätzung der Schwere des geltend gemachten Leidens heranzuziehen. Der Gesichtspunkt der behandelnden Klinik kann sinnvollerweise nur der sein, inwieweit im Vergleich zu dem Zustand bei der Einlieferung oder unmittelbar nach einer durchgeführten Operation ein Heilungserfolg eingetreten ist. Insofern muß diese Formulierung noch nicht einmal ausschließen, daß die Voraussetzungen beispielsweise für eine ständige Begleitperson vorliegen.

Kurabschlußberichte enthalten schon eher eine Gesamt-Beurteilung sämtlicher Leiden des Patienten. Allerdings ist auch hier im Falle von Widersprüchen im vorliegenden Befundmaterial mit einer Tendenz der Kurkliniken zu rechnen, ihre Therapieerfolge nicht gerade als geringfügig, sondern eher als größer und nachhaltiger darzustellen.

Fallbeispiel

Qu) Bei Frau Qu. war bisher ein Bronchialasthma mit einer M.d.E. von 30 v.H. festgestellt worden. Wegen eines zusätzlichen Leidens wird ein Erhöhungsantrag gestellt. Ein eingereichter Krankenhausbericht belegt eine Operation nach Wertheim wegen eines Cervix-Carcinoms des Uterus. Es handelt sich bei dem Klinikbericht um die Kopie des an den behandelnden Arzt gesandten Abschlußberichtes. Wie häufig in diesen Fällen, wird in diesem Bericht bei dem einweisenden Arzt "die Anamnese als bekannt vorausgesetzt". Der Bericht enthält ansonsten die Beschreibung des Operationsverlaufs und des anschließenden Heilungsverlaufs - einschließlich Histologie des Tumors und Stadieneinteilung (T_1 , N_1 , M_0). Das Bronchialasthma wird nicht erwähnt. Unterlagen, die schwere Asthmaanfälle beschreiben, liegen dem begutachtenden Versorgungsarzt nur aus der Zeit des 8 Jahre zurückliegenden Erstantrags vor. Aus dieser Aktenlage zieht er den Schluß, daß es mittlerweile zu einer wesentlichen Besserung des Bronchialasthmas gekommen sein muß. Im neuen Bescheid wird nur die Unterleibserkrankung mit einer M.d.E. von 50 v.H. anerkannt. Ein neuer internistischer Befundbericht zeigte in diesem Fall, daß dieser Schluß voreilig war - die asthmatische Erkrankung bestand unverändert fort. Daraufhin wurde die M.d.E. mit 70 v.H. festgestellt.

4. Die versorgungsärztliche Untersuchung

Wenn sich aus den hausärztlichen Befundberichten und sonstigen Unterlagen kein hinreichend klares Bild von den Behinderungen eines Antragstellers ergibt, um ihm begründet eine M.d.E. zuzuerkennen, besteht die Möglichkeit für den Versorgungsarzt, den Antragsteller zu einer Untersuchung im Amt einzubestellen. Ebenso hat der Antragsteller das Recht, eine versorgungsärztliche Untersuchung zu verlangen, wenn er sich davon eine angemessene Einschätzung seines Leidens verspricht. Läßt ein Leiden, für das einem Antragsteller eine bestimmte M.d.E. zuerkannt worden ist, in einer absehbaren Frist eine Besserung erwarten, wird üblicherweise eine Nachprüfung festgesetzt ¹⁾, bei der relativ häufiger als bei Erstanträgen eine Untersuchung im Amt stattfindet.

4.1. Die Rollenverteilung zwischen Arzt und Antragsteller

Aus der ärztlichen Praxis ist bekannt, daß bei der Diagnose eines Leidens stets mit mehr oder weniger irreführenden Angaben des Patienten zu rechnen ist. Teils sind die Patienten aus verschiedenen Gründen nicht in der Lage, ihre Symptome exakt zu beschreiben; oft erscheinen ihnen Schlüsselsymptome belanglos, und sie stellen relativ unspezifische Klagen in den Mittelpunkt. Teils wird die Anamnese durch Simulation bzw. Dissimulation erschwert - ein jedem Arzt bekanntes Problem, dem in der Regel nicht so sehr eine Berechnung zugrundeliegt, sondern vielmehr ein Selbstbild des Patienten. Es kommt hinzu, daß der behandelnde Arzt als Respekts- und Vertrauensperson und als Ratgeber für eine richtige Lebensführung betrachtet wird; deswegen unterscheiden viele Patienten bei der Anamnese nicht zwischen ihrer Krankheit im engeren Sinn und ganz allgemein mißlichen Lebensumständen, unter denen sie leiden. Bei der versorgungsärztlichen Untersuchung treten diese Eigentümlichkeiten des üblichen Patientenverhaltens besonders ausgeprägt auf; nicht zuletzt deshalb, weil es bei diesen Unter-

suchungen um ein gesundheitliches Gesamtbild des Antragstellers geht. Selbstverständlich verstärkt sich auch der Effekt, daß es von der Persönlichkeit des untersuchenden Arztes abhängt, welche "Patientenrolle" die Antragsteller einnehmen.

Im Gegensatz zu einem verbreiteten Verdacht hat der untersuchende Versorgungsarzt es nicht besonders häufig mit Anstrengungen eines Antragstellers zu tun, andere oder schwere Leiden als die tatsächlich vorhandenen zu simulieren. Er ist sogar sicherlich ebenso häufig mit dem Phänomen konfrontiert, daß gerade schwerbehinderte Menschen eher zum Dissumulieren neigen, weil sie sich das Ausmaß ihrer Behinderung nicht eingestehen wollen. In allen Fällen wird der untersuchende Arzt mit dem Bild bekannt gemacht, das sich der Betroffene von seinem Leiden und von seinen Fähigkeiten, mit diesem Leiden umzugehen, gebildet hat. Und viel häufiger als mit berechnender Verstellung hat er es während der Untersuchung mit dem Bemühen des Untersuchten zu tun, diesem subjektiv ehrlichen Selbstbild Anerkennung zu verschaffen. Daraus erklärt sich auch, daß relativ häufig Antragsteller sehr vehement auf einer amtsärztlichen Untersuchung bestehen, weil sie sich durch ihre M.d.E.-Einstufung ungerecht behandelt fühlen, und dort gar nichts anderes vorführen und geltend machen als eben die Behinderung, die - wie sich dann meist herausstellt - bereits ganz angemessen eingestuft worden war, ihnen subjektiv aber viel gravierender erscheint. Umgekehrt gerät der Versorgungsarzt manchmal in den Konflikt, ob er einem Menschen, der sich über sein Leiden täuscht oder täuschen möchte - was gar nicht so selten bei Krebs-Patienten der Fall ist -, durch die Höhe der M.d.E.-Feststellung über die Schwere seiner Krankheit "Auskunft geben" soll.

Überraschend wenig ist das Verhalten der Antragsteller in der Untersuchung auch von der Erwartung bestimmt, einer Kontrolle unterzogen zu werden. Viel häufiger sieht sich der untersuchende Arzt nach dem Muster des üblichen Patientenverhältnisses als Vertrauensperson und Ratgeber in Anspruch genommen. Dazu mag

beitragen, daß sich der Versorgungsarzt für seine Untersuchung in der Regel mehr Zeit nehmen kann, als das einem praktizierenden Arzt im Rahmen von Routineuntersuchungen ihm schon bekannter Patienten möglich ist. Überdies gehört es ja zum Auftrag der versorgungsärztlichen Untersuchung, nicht bloß Krankheitssymptome im engeren Sinn zu erheben, sondern Klarheit darüber zu gewinnen, durch welche Symptome und in welchem Umfang der Antragsteller in seinem alltäglichen Leben beeinträchtigt ist. Fragen beispielsweise nach der schmerzfreien Gehstrecke können häufig nicht beantwortet werden, ohnedieß der untersuchende Arzt sich auf ein persönlich gefärbtes Gespräch über Spaziergänge, Einkaufswege und eine hierbei eventuell nötige Begleitung einläßt. Die zu Untersuchenden gehen auf dieses Interesse an ihrer Person meist sehr bereitwillig ein und ergreifen die Gelegenheit, sich nicht nur über ihr Leiden auszusprechen, sondern auch über die Lebensauffassung, die sie sich darüber zugelegt haben.

Fallbeispiel

R) Im Rahmen einer Nachprüfung nach Ablauf der Heilungsbewährung nach Herzinfarkt wird Herr R. zur Untersuchung einbestellt. Im Gespräch erzählt er, daß er nach seiner Erkrankung wieder vollschichtig arbeite - tails muß die Arbeit im Freien verrichtet werden. Er sei sehr stolz darauf, daß er seit seinem damaligen Ausfall wegen des Infarktes noch keinen einzigen Tag krank gewesen sei. Bei näherem Nachfragen stellt sich heraus, daß es durchaus noch zu Stenocardien kommt, die er aber deutlich bagatellisiert. Nur zögernd gibt er an, daß er ständig Nitro-Kapseln bei sich trägt und auch mehrmals im Verlauf einer Woche benutzen muß. Das Ruhe-EKG zeigt neben einer Vorderwandinfarkt-Narbe deutliche Repolarisationsstörungen. Bei der körperlichen Untersuchung fallen multiple kleine Verbrennungsnarben im Bereich der Brust auf. Bei Nachfragen erklärt Herr R., daß diese Narben von Funken bei seiner Tätigkeit als Schweißer herrühren. An diese ständigen, kleinen Verbrennungen habe er sich aber völlig gewöhnt. Zusätzlich fiel noch eine beidseitige Conjunctivitis auf, von der Herr R. angab, daß er diese "roten Augen" schon jahrelang habe, aber in letzter Zeit sehe er auch nicht mehr so gut. Eine daraufhin veranlaßte augenärztliche Untersuchung ergab, daß zusätzlich zu der chronischen Conjunctivitis eine Herabsetzung der Sehfähigkeit beider Augen auf jeweils 0,32 bestand, die auch durch Sehhilfen nicht korrigierbar war und eine M.d.E. von 30 v.H. bedingte. Die Gesamt-M.d.E. wurde hier mit 70 v.H. festgestellt.

Fallbeispiel

- 5) Frau S. besteht nachdrücklich auf einer versorgungsärztlichen Untersuchung. Nach Aktenlage war ihre Gesamt-M.d.E. aufgrund einer Funktionsminderung der Wirbelsäule nach Bandscheiben-Operation mit 30 v.H. festgestellt worden. Mit ihrem Widerspruchsschreiben beantragt sie eine M.d.E. von mindestens 50 v.H. und das Vergünstigungsmerkmal "G", da ihr Wirbelsäulenleiden sich im letzten Jahr wesentlich verschlimmert habe und zusätzlich auch noch periphere Durchblutungsstörungen bestünden. Bei der Untersuchung gibt sie an, daß eine Wirbelkörperfraktur nicht berücksichtigt worden sei, schon deshalb müsse sie höher eingestuft werden. Sie sei dringend auf die "Freifahrt" angewiesen, da sie zum Schwimmen und zur Gymnastik, die ihr Arzt ihr empfohlen habe, immer in den Nachbarort fahren müsse. Ein Schwerbehindertenausweis stünde ihr schon deshalb zu, weil sie wegen den Rückenbeschwerden regelmäßig schwimmen müsse und sie nur mit einem Schwerbehindertenausweis eine ermäßigte Eintrittskarte zum Hallenbad bekomme. Bei der körperlichen Untersuchung werden Sensibilitätsstörungen und eine leichte Zehenheberschwäche des linken Beins nach Bandscheiben-Operation diagnostiziert. Diese Gesundheitsstörung war mit der nach Aktenlage festgestellten Prozentsatz von 30 v.H. bereits an der oberen Grenze der von den "Anhaltspunkten" vorgegebenen Richtwerten bewertet worden. Bei der geltend gemachten Wirbelkörperfraktur handelte es sich um ein Trauma, das Jahre zurücklag und folgenlos verheilt war. Eine angiologische Erkrankung konnte nicht festgestellt werden. Bei Nachfrage gibt Frau S. an, daß ihr Hausarzt ihr früher einmal "Kreislaufstörungen" bescheinigt habe. Die nach der Bandscheiben-Operation noch bestehenden Parästhesien hatte Frau S. als periphere Durchblutungsstörungen angesehen. Die M.d.E. verblieb in diesem Fall bei 30 v.H., die Voraussetzungen für "G" lagen damit nicht vor. Die von Frau S. im Gespräch angegebenen täglich zurückgelegten Gehstrecken und sonstigen körperlichen Betätigungen - subjektiv waren diese Angaben alle zur Unterstreichung eines berechtigten Anspruchs gemeint - widersprachen alle dem vom Gesetzgeber für dieses Vergünstigungsmerkmal geforderten Voraussetzungen.

Fallbeispiel

- Sch) Frau Sch. hat Widerspruch eingelegt gegen die Herabsetzung ihrer M.d.E. von 50 v.H. auf 30 v.H. nach Ablauf der Heilungsbewährung nach Mamma-Amputation wegen eines Carcinoms. Sie besteht auf einer versorgungsärztlichen Untersuchung, bei der sich schnell herausstellen würde, daß es sich hier um eine Fehlentscheidung handeln müsse. Anlässlich der Untersuchung im Amt gibt die 55-jährige Frau an, daß eine Besserung ihres Zustands überhaupt nicht eintreten könne, da sie durch ihre Erkrankung ihre linke Brust ein für allemal verloren habe, worunter sie immer noch leide. Es lag hier ganz offensichtlich ein Mißverständnis über den Inhalt der sogenannten Heilungsbewährung bei bösartigen Geschwulsten vor.

krankungen vor ²⁾, das durch eine entsprechende Aufklärung ausgeräumt werden konnte. Die körperliche Untersuchung ergab reizlose Narbenverhältnisse nach Mamma-Amputation links, weitere Komplikationen - wie etwa ein Lymphödem des linken Arms - hatten sich nicht ergeben. Wie schon aus den vorliegenden Unterlagen hervorging, hatte sich in den letzten 5 Jahren kein Anhalt für ein Rezidiv oder für Metastasen ergeben. Zweifellos litt Frau Sch. nach wie vor unter ihrer Behinderung.

Eine außergewöhnliche - also über das bei einem Verlust der weiblichen Brust in der Regel übliche Maß hinausgehende - seelische Beeinträchtigung lag jedoch nicht vor. ³⁾ Die M.d.E. verblieb in diesem Fall bei 30 v.H.

4.2. Die technischen Hilfsmittel

Dem Versorgungsarzt stehen versorgungsärztliche Untersuchungsstellen zur Verfügung, in denen er den Betroffenen neben der von ihm durchgeführten allgemeinen körperlichen Untersuchung je nach Bedarf von Ärzten verschiedener Fachrichtungen untersuchen lassen kann. Darüberhinaus besteht die Möglichkeit, den Antragsteller von Außengutachtern aller Fachrichtungen untersuchen zu lassen. Diese Befunde ersetzen nicht das versorgungsärztliche Urteil, bieten ihm in der Regel aber die exaktesten diagnostischen Grundlagen.

Hierbei kommt es sogar manchmal vor, daß Krankheiten entdeckt werden, die bis dahin weder dem Antragsteller noch seinem Hausarzt bekannt waren. So gibt bisweilen die versorgungsärztliche Untersuchung erstmals den Anlaß, ein EKG anzufertigen, anhand dessen ein in der Vergangenheit abgelaufener Herzinfarkt, der unentdeckt geblieben war, diagnostiziert wird.

Fallbeispiel

Sp) Herr Sp. hat einen Antrag nach dem Schwb-G gestellt und das Vergünstigungsmerkmal "G" beantragt - geltend gemacht werden Verschleißerscheinungen der Gelenke. Ärztliche Befundberichte sind nicht zu bekommen. Er wird zur Untersuchung einbestellt. Bei der Untersuchung stellt sich heraus, daß der 76-jährige Herr Sp. schon seit Jahren nicht mehr in ärztlicher Behandlung war. Den Antrag habe er gestellt, weil er von Nachbarn erfahren habe, daß man dann umsonst mit der U-Bahn fahren könne. Er klagt über Schmerzen beim Gehen, die er auf bereits vor Jahren festgestellte Verschleißerscheinungen der Hüft- und Kniegelenke zurückführt.

Bei der körperlichen Untersuchung werden schmerzhaftes Bewegungseinschränkungen der Hüft- und Kniegelenke festgestellt, vor allem aber fällt eine periphere Pulslosigkeit im Bereich beider Beine auf. Eine in der versorgungsärztlichen Untersuchungsstelle durchgeführte Dopplermanometrie bestätigt den Verdacht einer arteriellen Verschlusskrankheit beider Beine. Die Erkrankung ist bereits bis zum Stadium II b fortgeschritten. Herrn Sp. wird daraufhin dringend geraten, sich in ärztliche Behandlung zu begeben. Die Gesamt-M.d.E., die sowohl die beidseitige Cox- und Gonarthrose als auch die arterielle Verschlusskrankheit berücksichtigt, wurde mit 80 v.H. festgesetzt. Die Voraussetzungen für das Vergünstigungsmerkmal "G" waren zweifellos gegeben.

Vom Standpunkt einer allgemeinen Gesundheitsvorsorge wie auch im Interesse einer gerechteren Beurteilung nach dem Schwb-G könnte ratsam erscheinen, in größerem Umfang Untersuchungen im Amt mit anschließenden diagnostischen Maßnahmen in den Untersuchungsstellen durchzuführen. Damit würde allerdings der versorgungsärztliche Auftrag u. U. über die Zielsetzung des Schwb-G ausgedehnt; und außerdem liegen die wesentlichen Gerechtigkeitsprobleme bei der Beurteilung im Sinne des Schwb-G - was in Kapitel 5 der vorliegenden Arbeit ausgeführt werden soll - nicht so sehr in mangelnder Sicherheit der medizinischen Diagnosen. 4) Überdies sind einem Ausbau des versorgungsärztlichen Untersuchungsapparates nicht nur durch den hiermit verbundenen Aufwand an Kosten, sondern auch durch eine unter diesen Umständen eintretende oft unzumutbare Verlängerung des Feststellungsverfahrens Grenzen gesetzt. Das verständliche Interesse an einer Perfektionierung der Untersuchungsmethoden muß andererseits auf den Einwand stoßen, daß, polemisch gesagt, die Frage einer Freifahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln nicht ohne weiteres die Durchführung eines Belastungs-EKGs bei einem Menschen rechtfertigt, der an einer schweren koronaren Herzkrankheit leidet. Bei einer Untersuchung, die nicht zum Zwecke einer Therapie durchgeführt wird, ist die Zumutbarkeit der angewandten Untersuchungsverfahren naturgemäß kritischer zu entscheiden.

5. Das Krankheitsbild und seine Beurteilung im Sinne des Schwerbehindertengesetzes

5.1. Die generelle Problematik der Beurteilung

Aus hausärztlichen Attesten, Krankenhausberichten usw. hat sich der im Versorgungswesen tätige Arzt ein Bild vom Leiden des Antragstellers und dem Ausmaß seiner Funktionseinschränkung zu machen. Er kann dieses Bild im Bedarfsfall durch eine direkte Untersuchung gewinnen - wie in Kapitel 4. ausgeführt. Blickrichtung und Betrachtungsweise weichen jedoch von dem üblichen Standpunkt einer medizinischen Diagnose in einer entscheidenden Hinsicht ab: Es geht um eine Quantifizierung, sogar nach Prozentsätzen, des Gebrechens und seine Subsumption unter vorgegebene juristische Kategorien.

Eine solche quantifizierende Einordnung von Krankheiten und Funktionsstörungen ist der medizinischen Wissenschaft wie auch der ärztlichen Praxis fremd. Zwar kennt man auch dort die Qualifizierung eines Leidens als "leicht" und "schwer", als "kompensiert" oder "dekompensiert". Solche Unterscheidungen spielen allerdings für die Identifizierung einer Krankheit, die Diagnose, eine gänzlich untergeordnete Rolle. Ihre Bedeutung haben sie im Hinblick auf die angezeigte Therapie. Deswegen geht es der Medizin auch nie um die Quantifizierung der Schwere einer Erkrankung. Alle diesbezüglichen Feststellungen lassen sich immer, soweit sie überhaupt medizinisch von Belang sind, in bestimmte therapeutische Rücksichten und Notwendigkeiten übersetzen. So wird etwa mit der Unterscheidung zwischen "leichtem" und "schwerem" Diabetes mellitus angedeutet, ob die Erkrankung durch Diät oder orale Medikation oder durch Insulin kompensierbar ist. Die Stadieneinteilung der arteriellen Verschlusskrankheit gibt Auskunft über eine eventuell bestehende Operationsindikation. Die Unterscheidung einer Coxarthrose nach "beginnend", "mäßig" oder "mittelgradig" bis zu "fortgeschritten" oder "dekompensiert" bezieht sich auf Stadien eines Krankheitsverlaufs und gibt Hinweise auf die Art der Behandlung - konservativ oder Indikation zur Implantation

einer Totalendoprothese. Bisweilen werden auch die Erfolgschancen einer Therapie angesprochen, wenn der behandelnde Arzt ein Leiden klassifiziert. Ob es sich um eine Ein-, Zwei- oder Dreigeßäßerkrankung bei einer koronaren Herzkrankheit handelt, kann für die Frage des therapeutischen Erfolgs durch eine Bypass-Operation entscheidend sein. Die klassische TNM-Stadieneinteilung der bösartigen Geschwulsterkrankungen drückt ebenfalls die Heilungsaussichten durch eine radikale Operation aus.

In allen Fällen interessiert die Medizin nicht das quantifizierbare Maß einer Erkrankung, sondern deren spezielle Qualität; und die Frage nach "wie leicht" oder "wie schwer" behält immer etwas Laienhaftes. Selbstverständlich zieht ein Arzt Vergleiche zwischen dem diagnostizierten Leiden eines Patienten und anderen Stadien derselben Erkrankung bzw. anderen Patienten, die an derselben Krankheit leiden, und drückt das Ergebnis in der Klassifikation des diagnostizierten Leides aus. Dabei geht es aber immer darum, die Schädigung eines Organs qualitativ möglichst genau zu bestimmen und ihre Auswirkung auf den gesamten Organismus inhaltlich zu fassen.

Ganz anders sieht die Aufgabe der Versorgungsmedizin aus, die Grade der Behinderung im Sinne des Schwb-G festzustellen. Der Vergleich verschiedener Stadien eines Leidens oder zwischen unterschiedlich schwerwiegenden Ausprägungen eines Leidens an verschiedenen Betroffenen rückt hier in den Mittelpunkt der Diagnose. Dabei geht es nicht nur darum, Schweregrade derselben Erkrankung auszumachen und festzuschreiben. Gefordert ist ja ein Urteil über den Grad der Behinderung einer Person durch ihr jeweiliges Leiden, also die Bestimmung eines quantitativen Verhältnisses, in dem ein Leiden die Funktionstüchtigkeit überhaupt des betroffenen Menschen beeinträchtigt. ¹⁾ Dabei soll es nicht um ein ärztliches Urteil oder um einen Ratschlag gehen, welche Leistungen sich ein bestimmter Patient besser nicht mehr zumuten sollte. Die gedachte Beeinträchtigung seiner vollen Funktionsfähigkeit ist als qualitativ unbestimmte prozentualer Abzug von 100 Prozent zu fassen; und zwar als

Abzug nicht von der wirklichen Leistungsfähigkeit eines Betroffenen, sondern von einem überindividuellen Normwert, der selber weiter keine medizinische Begründung besitzt.

Die offiziellen Definitionen der M.d.E. geben dies deutlich zu erkennen:

"Als Behinderung ist jeder regelwidrige körperliche, geistige und seelische Zustand anzusehen, der nicht nur vorübergehend zu einer Funktionsbeeinträchtigung führt und eine M.d.E. um wenigstens 10 v.H. bedingt.

Regelwidrig ist der Zustand, der von dem für das Lebensalter typischen abweicht Der Begriff "M.d.E." bezieht sich auf die Auswirkungen einer Behinderung oder Schädigungsfolge in allen Lebensbereichen, und nicht nur auf Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben. Die M.d.E. ist ein Maß für die Auswirkungen eines Mangels an funktioneller Intaktheit, also für einen Mangel an körperlichem, geistigem oder seelischem Vermögen. Die M.d.E. gibt damit den Grad der Behinderung wieder.

Aus dem Grad der M.d.E. ist nicht auf das Ausmaß der Leistungsfähigkeit zu schließen. " ("Anhaltspunkte" 83, S. 23)

Die Problematik des versorgungsärztlichen Urteils steckt in der hier angeführten Vorstellung eines überindividuellen, altersspezifischen Maßes von Funktionstüchtigkeit sowie einer ebenso überindividuellen quantifizierbaren "Abweichung" von dieser "Regel". Sicher kennt die medizinische Wissenschaft auch altersspezifische Unterschiede in der körperlichen Konstitution, in der individuellen Leistungsfähigkeit, in der Anfälligkeit für gewisse Verschleißerscheinungen und Erkrankungen usw. Sie würde daraus aber kaum überindividuell verbindliche Durchschnittswerte einer nicht näher spezifizierten Funktionstüchtigkeit des Organismus ableiten; und erst recht gibt es kein medizinisches Maß dafür, inwieweit die Schädigung eines Organsystems als Beeinträchtigung eines solchen altersspezifischen Durchschnittswerts zu gewichten ist. Insbesondere wäre es vom gängigen medizinischen Standpunkt aus geradezu paradox, die Erkrankung älterer Menschen per se als minder schwer einzustufen, da bei ihnen ohnehin - in der ein oder anderen Hinsicht - ein geringerer Grad von Funktionstüchtigkeit anzunehmen sei. Im Sinne der oben erwähnten medizinischen Klassifizierungen wird im Gegenteil eine Krankheit als "schwerer", nämlich ihre

Therapie als komplizierter und ihr Heilungserfolg als unsicherer gelten, wenn von einem altersbedingt reduzierten Allgemeinzustand auszugehen ist. Es mag auch einleuchten, wenn "Krankheit" im allgemeinen als "regelwidriger körperlicher, geistiger und seelischer Zustand" definiert wird. Die Medizin - soweit sie sich mit Diagnose und Therapie befaßt - wird solche Auffälligkeiten allerdings nicht zu quantifizieren suchen, sondern nimmt sie als Symptome, deren spezieller Grund diagnostisch zu ermitteln und zu therapieren ist. Insofern geht die medizinische Wissenschaft gerade weg vom Allgemeinbegriff der Krankheit als "Regelwidrigkeit" im Vergleich mit dem Üblichen - so wie sie ja auch nicht ohne weiteres eine Vorstellung vom durchschnittlich Gegebenen als Norm und Maßstab für Gesundheit akzeptiert. Umgekehrt sind es gerade solche allgemeinen, dem gesellschaftlichen Leben und seinen durchschnittlichen Regelmäßigkeiten entlehnte Vorstellungen über eine normale Funktionstüchtigkeit und ihr altersspezifisches Maß, auf die der Versorgungsmediziner alle diagnostischen Befunde "zurück" zu beziehen hat.

Diese Betrachtungsweise, die durch den Standpunkt der medizinischen Wissenschaft nicht nahegelegt und auch nicht eigentlich begründet wird, ist ein Erfordernis sozialstaatlicher Gerechtigkeit. Mit der gesetzlichen "Zusage", auch gesundheitlich dauerhaft geschädigten Mitbürgern die volle Teilnahme am gesellschaftlichen und Erwerbsleben zu ermöglichen bzw. Kompensationen zu schaffen, beansprucht der Sozialstaat auch eine gewisse Kontrolle darüber, daß seine Leistung nur den wirklich Bedürftigen zukommen. Für die Feststellung solcher Bedürftigkeit bedarf es objektiver quantitativer Kriterien; und es bedarf der Anwendung dieser Kriterien auf den konkreten Einzelfall. Dabei sollen nach dem Willen des Gesetzgebers keine allgemeinen Abwägungen über die moralische Billigkeit eines individuellen Hilfs- und Kompensationsanspruchs ausschlaggebend sein. Im Falle dieser Hilfen soll von der Frage des Verschuldens einer körperlichen oder geistigen und seelischen Funktionsuntüchtigkeit abgesehen werden; der Grad der Behinderung

soll nicht im Verhältnis zu speziellen beruflichen Anforderungen ermittelt werden ²⁾ ; ebenso wenig soll die finanzielle Bedürftigkeit eines Antragstellers eine Rolle spielen. Natürlich ließe sich fragen, wobei eine Behinderung den Betroffenen "behindert". So wird etwa gerne das "Problem" aufgeworfen, inwieweit und im Hinblick auf welche "Erwerbsfähigkeit" beispielsweise eine Brustamputation die betroffene Frau beeinträchtigt ³⁾ ; ebenso ließe sich eine M.d.E. im wörtlichen Sinne bei einem Blinden in Abrede stellen, der - bzw. solange er - einen vollwertigen Arbeitsplatz, etwa als Telefonist, innehat; und generell wäre in Zweifel zu ziehen, ob bei Personen, die aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, oder bei Kindern überhaupt von einer M.d.E. die Rede sein kann ⁴⁾. Auch ließe sich fragen, ob nicht in vielen Fällen das körperliche Gebrechen nur in Verbindung mit anderen mißlichen Lebensumständen eine normale Lebensführung beeinträchtigt, etwa wenn die finanziellen Mittel für eine dauerhafte Kompensation fehlen; durch Übersiedelung in allergenfreie bzw. weniger "umweltbelastete" Gegenden könnte manchem Asthmatiker durchaus geholfen werden. Das sind jedoch alles Abwägungen, von denen der Gesetzgeber im Falle des Schwb-G ausdrücklich Abstand genommen hat. Die Frage aufzuwerfen, ob ein Mensch durch sein Leiden in einer bestimmten Berufstätigkeit womöglich gar nicht behindert würde, hieße ja, ihn ganz eingeeengt nur als "Funktionär" dieser Tätigkeit gelten zu lassen. Deswegen versteht es sich auch umgekehrt keineswegs von selbst, daß Personen, die wegen Berufsunfähigkeit aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, auch als zu 100 Prozent behindert im Sinne des Schwb-G gelten; auch in dieser Hinsicht gelten, zur Überraschung mancher Antragsteller, nicht die engen Kriterien der Unfähigkeit, einen erlernten Beruf auszuüben. Die Funktionstüchtigkeit, an der das Schwb-G eine Behinderung bemißt, ist allgemeiner zu verstehen und soll, auch wenn ihre Maßstäbe mehr der alltäglichen Lebenserfahrung als dem medizinischen Lehrbuch entnommen sind, doch wie eine medizinische Norm gelten. Daher sollen nach dem Schwb-G die Rechtsfolgen einer

dauerhaften Gesundheitsschädigung allein nach dem medizinisch objektivierbaren Grad der organischen oder seelischen Beeinträchtigung gestaffelt sein. Der medizinischen Sachkenntnis wird gewissermaßen der Auftrag erteilt, ein allgemeines sozialstaatliches Gebot differenziert und sachgerecht anzuwenden.

So wenig vom Standpunkt eines sozialstaatlichen Rechtsempfindens dagegen einzuwenden ist, so problematisch ist es vom medizinisch-wissenschaftlichen Standpunkt aus, ein medizinisch haltbares System der Quantifizierung bleibender Gesundheitsschäden zu entwerfen und sachgerecht auf die Einzelfälle anzuwenden. Gesundheitsschäden müssen verglichen werden, und zwar allein unter dem sehr abstrakten Gesichtspunkt, in welchem Maße sie die Fähigkeit zu einer normalen Lebensführung beeinträchtigen. Dieser Vergleich geht über die Abschätzung verschiedener Stadien oder Ausprägungen einer Krankheit weit hinaus. Es geht um die Fixierung fester Zahlenverhältnisse; und solche Maßverhältnisse sollen für die verschiedenartigsten körperlichen oder geistigen Gebrechen Gültigkeit haben. Gesundheitsschäden unterschiedlicher Art, in denen die medizinische Wissenschaft nichts Gemeinsames zu erkennen vermag - außer dem Allgemeinen, daß es sich eben um Gesundheitsschäden handelt - , werden auf ein gemeinsames Maß bezogen, also als kommensurabel unterstellt.

Es liegt auf der Hand, daß das nicht ohne Festlegungen abgeht und daß die Medizin hier in gewisser Weise die Rolle einer "Hilfswissenschaft" für sozialstaatliche Rechtsentscheidungen spielt ^{4a)}.

5.2. Die "Anhaltspunkte"

Für die versorgungsmedizinische Bewertung einiger erheblicher äußerer Körperschäden sind durch die Verwaltungsvorschrift 4 zu § 30 BVG (Bundesversorgungsgesetz) Mindestprozentsätze rechtskräftig festgelegt ⁵⁾.

In den meisten Fällen geben die "Anhaltspunkte für die ärzt-

liche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz" von 1983 ⁶⁾ Richtlinien für die Bewertung gesundheitlicher Schäden vor, die keine Gesetzeskraft besitzen, deren Mindestfestlegungen im Amtsgebrauch aber praktisch nicht unterschritten werden. Diese Richtlinien führen auf dem Wege medizinisch nicht begründbarer, aber plausibler Festlegungen quantitative Maßverhältnisse in die Vielfalt der diagnostischen Befunde überhaupt erst ein. So erledigen sie zum einen das Problem, inwiefern und in welchem Verhältnis verschiedene, medizinisch gesehen unvergleichbare Gesundheitsschäden durch eine prozentuale M.d.E. aufeinander bezogen werden können. Fragen wie die, welche Krankheit schwerwiegender sei, eine dialysepflichtige Niereninsuffizienz, eine Querschnittslähmung oder eine hochgradige Einschränkung der Lungenfunktion, stellen sich bei der üblichen medizinischen Diagnose überhaupt nicht und finden deswegen in der medizinischen Wissenschaft auch keine Antwort. Die Anhaltspunkte führen diese Betrachtungsweise sowie die zugrundeliegenden Entscheidungen in die medizinische Diagnostik ein. Damit erledigen sie zugleich zweitens das Problem, inwiefern qualitativ unterschiedliche Stadien ein und derselben Erkrankung als unterschiedliche prozentuale Abzüge von einem vorgestellten Gesamtmaß körperlicher Funktionstüchtigkeit zu fassen sind. Bei Bewertungstabellen dieser Art darf nie aus den Augen verloren werden, daß es sich dabei um Übereinkünfte handelt, die selbstverständlich von medizinischen Sachverständigen erarbeitet wurden, der Natur der Sache nach aber keine naturwissenschaftlichen Ergebnisse, sondern Festlegungen sind, denen notwendigerweise ein Moment von Willkür innewohnt. Der Vergleich einschlägiger Regelungen aus verschiedenen Ländern macht dies unmittelbar ersichtlich ⁷⁾.

Die Fragwürdigkeit fester, allgemeinverbindlicher Zuordnungen zwischen gewissen Krankheiten bzw. Schädigungen und Prozentsätzen der M.d.E., und zwar gerade auch im Sinne des Schwb-G, wird allerdings schon in den "Anhaltspunkten" selbst reflektiert. Sie legen selber fest, daß bei der Ermittlung des Gra-

des der Behinderung nicht bloß das jeweils geltend gemachte Leiden als solches in Rechnung zu stellen ist, sondern die Beeinträchtigung für den gesundheitlichen Gesamtzustand, die davon ausgeht. Die "Anhaltspunkte" geben daher meist, außer in den durch die obenerwähnte Verwaltungsvorschrift fixierten Fällen, keine festen Prozentsätze der M.d.E. an, sondern Grenzwerte, die in der Regel um 20 Prozentpunkte auseinanderliegen. Sie tragen damit dem Umstand Rechnung, daß die körperliche oder seelische Beeinträchtigung durch ein und dieselbe Erkrankung individuell sehr unterschiedlich ausfallen kann. Noch zurückhaltender verfahren die "Anhaltspunkte" bei der Empfehlung zur Ermittlung der Gesamt-M.d.E. im Falle einer Kombination von Leiden, für die jeweils für sich genommen Einzel-M.d.E.-Vorschläge angegeben werden. Sie verbieten schematische, rechnerische Verfahren aller Art und treffen folgende Festlegung:

"Maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Behinderungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander.

Dabei ist zu beachten,

- wieweit die Auswirkungen der einzelnen Behinderungen voneinander unabhängig sind und damit ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen,
 - ob sich eine Behinderung auf eine andere besonders nachhaltig auswirkt (z.B. bei paarigen Organen),
 - wieweit sich die Auswirkungen der Behinderungen überschneiden
 - und das Ausmaß einer Behinderung durch hinzutretende Gesundheitsstörungen oft gar nicht verstärkt wird. "
- (siehe "Anhaltspunkte" 83, S. 27)

Dabei erinnern die Anhaltspunkte an das Vergleichsverfahren, mit dessen Hilfe die von ihnen vorgeschlagenen M.d.E.-Werte gewonnen worden bzw. plausibel zu machen sind:

"Bei der Gesamtwürdigung der verschiedenen Behinderungen sind Vergleiche mit Gesundheitsschäden anzustellen, zu denen in der M.d.E.-Tabelle feste M.d.E.-Grade angegeben sind.

Ein Gesamt-M.d.E.-Grad von 50 v.H. kann beispielsweise nur angenommen werden, wenn die Gesamtauswirkung der verschiedenen Behinderungen so erheblich ist wie etwa beim Verlust einer Hand oder eines Beines im Unterschenkel, bei einer vollständigen Versteifung großer Abschnitte der Wirbelsäule bei Herz-Kreislaufschäden oder Einschränkungen der Lungenfunktion mit nachgewiesener Leistungsbeeinträchtigung be-

reits bei leichter Belastung, bei Hirnschäden mittel-schwerer Leistungsbeeinträchtigung usw. " (siehe "Anhaltspunkte" 83, S. 28)

Ausdrücklich wird hier der versorgungsärztlichen Diagnose eine quantitative Einschätzung darüber abverlangt, wie "erheblich" die geltend gemachten gesundheitlichen Schäden nicht in einem rein medizinischen Sinn die Funktionstüchtigkeit eines Organsystems beeinträchtigen, sondern den Betroffenen an einer normalen Lebensführung hindern.

Bei der Ermittlung der vorgeschlagenen M.d.E.-Sätze ziehen die "Anhaltspunkte" gleichwohl alle medizinisch gängigen Klassifikationen für die Schwere einer Erkrankung mit heran. So wird etwa die Unterscheidung zwischen Einschränkungen der Lungenfunktion "geringen, mittleren und schweren Grades", denen M.d.E.-Werte von 20 - 40 v.H., 50 - 70 v.H. und 80 - 100 v.H. zugeordnet werden, nach Meßwerten der Lungenfunktionsprüfung getroffen.

Ähnliche Präzisierungen finden sich bei allen bösartigen Geschwulsterkrankungen - bei denen meist das T-N-M-Schema zugrundegelegt wird - und bei der Einschränkung der Herzfunktion:

"Nach Entfernung eines malignen Nierentumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten;
M.d.E. während dieser Zeit
bei Hypernephrom oder Nierenbeckentumor nach Entfernung
im Frühstadium
(T₁ N₀ M₀) M.d.E. 60 v.H.

nach Entfernung in anderen Stadien M.d.E. 80 - 100 v.H.
bei Nephroblastom

nach Entfernung im Frühstadium I/II M.d.E. 50 v.H.
nach Entfernung im Stadium III/IV M.d.E. 60 v.H.
nach Entfernung in anderen Stadien M.d.E. 80 - 100 v.H.
(siehe "Anhaltspunkte" 83, S. 83)

"Herzschäden
(Herzklappenfehler, koronare Herzkrankheit, Kardiomyopathien u.a.)

1. ohne wesentliche Leistungsbeeinträchtigung (keine Insuffizienzerscheinungen wie Atemnot, anginöse Schmerzen) selbst bei gewohnter stärkerer körperlichen Belastung (z.B. sehr schnelles Gehen (7-8 km/h), schwere körperliche Arbeit), keine Einschränkung der Soll-Leistung bei Ergometerbelastung.... M.d.E. 0 - 10 v.H.

2. Mit Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung (z.B. forsches Gehen (5-6 km/h), mittelschwere körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Meßdaten bei Ergometerbelastung mit 75 Watt (wenigstens 3 Minuten) M.d.E. 20 - 40 v.l.
3. mit Leistungsbeeinträchtigung bereits bei alltäglicher leichter Belastung (z.B. Spazierengehen (3-4 km/h), Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Meßdaten bei Ergometerbelastung mit 50 Watt (wenigstens 3 Minuten) M.d.E. 50 - 70 v.l.
mit zeitweiligen schweren Dekompensationserscheinungen M.d.E. 80 v.l.
4. mit Leistungsbeeinträchtigung bereits in Ruhe (manifeste Ruheinsuffizienz), langdauernde schwere Dekompensationserscheinungen (siehe "Anhaltspunkte" 83, S. 66 f) M.d.E. 90 - 100 v.l.

Dabei sind die neuen Anhaltspunkte von 1983 von dem Interesse geprägt, exaktere und leichter objektivierbare Kriterien für das Ausmaß einer körperlichen Beeinträchtigung anzugeben, die einen bestimmten M.d.E.-Wert begründen, als dies in den früheren Ausgaben der Fall war. Die folgenden Beispiele verdeutlichen diesen Fortschritt:

"Anhaltspunkte" 1977:

- "Bewegungseinschränkung eines Hüftgelenks je nach Ausdehnung Schmerzhaftigkeit, Stellung und statischer Auswirkung M.d.E. 20 - 60 v.l.
Bewegungseinschränkung beider Hüftgelenke M.d.E. 30 - 100 v.l.
(siehe "Anhaltspunkte" 1977, S. 90)

"Anhaltspunkte" 1983:

- "Bewegungseinschränkung der Hüftgelenke geringen Grades (z.B. Streckung/Beugung bis 0-0-90 bei mittlerer Dreh- und Spreizstellung, ohne wesentliche weitere Einschränkung) ein- oder beidseitig M.d.E. 0 - 10 v.l.
mittleren Grades (z.B. Streckung/Beugung 0-30-90 bei mittlerer Dreh- und Spreizstellung, ohne wesentliche weitere Einschränkung) einseitig M.d.E. 20 v.l.
beidseitig M.d.E. 40 v.l.

stärkeren Grades

einseitig

M.d.E. 30 - 50 v.H.

beidseitig

M.d.E. 50 - 100 v.H. "

(siehe "Anhaltspunkte" 1983,
S. 115)

"Anhaltspunkte" 1977:

"Arterienverschlüsse, arterielle
Verschlußkrankheiten bei ausrei-
chendem Kollateralkreislauf

einseitig

M.d.E. 10 - 30 v.H.

beidseitig

M.d.E. 20 - 40 v.H.

bei ungenügendem Kollateral-
kreislauf

einseitig

M.d.E. 40 - 70 v.H.

beidseitig

M.d.E. 50 - 100 v.H. "

(siehe "Anhaltspunkte" 1977,
S. 64)

"Anhaltspunkte" 1983:

"Arterielle Verschlußkrankheiten,
Arterienverschlüsse an den Bei-
nen

- mit ausreichendem Kollateral-
kreislauf, Pulsausfall, ohne
Beschwerden oder mit geringen
Beschwerden (Mißempfindungen
in Wade oder Fuß bei raschem
Gehen)

ein oder beidseitig

M.d.E. 0 - 10 v.H.

- mit eingeschränktem Kollate-
ralkreislauf (Claudicatio
intermittens)

Stadium II

schmerzfreie Gehstrecke in
der Ebene über 500 m

ein- oder beidseitig

M.d.E. 20 v.H.

schmerzfreie Gehstrecke in
der Ebene 100-500 m

ein- oder beidseitig

M.d.E. 30 - 40 v.H.

schmerzfreie Gehstrecke in
der Ebene 50-100 m

ein- oder beidseitig

M.d.E. 50 - 60 v.H.

schmerzfreie Gehstrecke unter
50 m ohne Ruheschmerz

ein- oder beidseitig

M.d.E. 70 - 80 v.H.

schmerzfreie Gehstrecke unter
50 m mit Ruheschmerz - Stadium

III -

einschl. trophischer Störungen

- Stadium IV -

einseitig

M.d.E. 80 v.H.

beidseitig

M.d.E. 90 - 100 v.H.

Bei Arterienverschlüssen an den Armen wird die M.d.E. eben-

falls durch das Ausmaß der Beschwerden und Funktionseinschränkungen - im Vergleich mit anderen Schäden an den Armen - bestimmt. "
(siehe "Anhaltspunkte" 1983, S. 69 f) 8)

Auch wurde im Unterschied zu den früheren Richtlinien deutlicher klargestellt, bei welchen Gesundheitsstörungen keine bzw. nur eine geringfügige, für die Gesamtbeurteilung bedeutungslose Behinderung angenommen werden soll. M.d.E.-Anhaltswerte mit Spannen von 0 - 30 oder 0 - 40 v.H. finden sich in den "Anhaltspunkten" von 1983 nicht mehr; die M.d.E.-Grade von 0 - 10 v.H. wurden stets gesondert vermerkt. Dafür steht bereits schon das obige Beispiel, folgende weitere Beispiele können diese Fortentwicklung zusätzlich verdeutlichen

"Anhaltspunkte" 1977:

"Bewegungseinschränkung im Kniegelenk je nach Funktionsstörung....
(siehe "Anhaltspunkte" 1977, S. 91)

M.d.E. 0 - 30 v.H."

"Anhaltspunkte" 1983:

"Bewegungseinschränkung im Kniegelenk
geringen Grades (z.B. bis Streckung/
Beugung 0-0-90)
mittleren Grades (z.B. Streckung/
Beugung 0-10-90)
stärkeren Grades (z.B. Streckung/
Beugung 0-30-90)
(siehe "Anhaltspunkte" 1983, S. 116)

M.d.E. 0 - 10 v.H.

M.d.E. 20 v.H.

M.d.E. 30 v.H.

"Anhaltspunkte" 1977:

"Neuralgie des N.trigeminus je nach Schwere
(siehe "Anhaltspunkte" 1977, S. 44)

M.d.E. 20 - 80 v.H."

"Anhaltspunkte" 1983:

"Gesichtsneuralgien (z.B. Trigeminusneuralgie)
leicht (seltene, leichte Schmerzen)
mittelgradig (leichte bis mittelgradige Schmerzen, schon durch geringe Reize auslösbar)
schwer (häufige, mehrmals im Monat auftretende starke Schmerzen bzw. Schmerzattacken)
besonders schwer
(starker Dauerschmerz oder Schmerzattacken mehrmals wöchentlich)
(siehe "Anhaltspunkte" 1983, S. 41)

M.d.E. 0 - 10 v.H.

M.d.E. 20 - 30 v.H.

M.d.E. 40 - 60 v.H.

M.d.E. 70 - 80 v.H.

Darüberhinaus berücksichtigen die Richtlinien für die Bewertung von Gesundheitsschäden Fortschritte der medizinischen Wissenschaft und Therapie.⁹⁾ So gaben die "Anhaltspunkte" von 1977 vor, daß bei einer Versorgung mit einem Herzschrittmacher eine Mindest-M.d.E. von 50 v.H. anzusetzen sei. Da zur damaligen Zeit nur bei relativ schweren Herzleiden ein Schrittmacher implantiert wurde, war diese Bewertung sicherlich angemessen. Für die heutige Zeit trifft sie nicht mehr zu, da sich mit dem Fortschritt der Schrittmacher-Technik auch die Indikation für die Einpflanzung eines Schrittmachers geändert hat. So werden u.a. jetzt auch vorsorglich gegen gelegentlich auftretende Herzrhythmusstörungen Schrittmacher implantiert. Die neuen "Anhaltspunkte" geben deshalb an, bei Versorgung mit einem Herzschrittmacher die M.d.E. nach der tatsächlich bestehenden Leistungsbeeinträchtigung zu bewerten. Analog hierzu wurde bei der Neufassung der Bewertungsrichtlinien den therapeutischen Fortschritten auf dem Gebiet der Nierentransplantation Rechnung getragen. Nach den neuen Richtlinien wird hier nach einer Heilungsbewährung von 2 Jahren, während der eine M.d.E. von 100 v.H. festgesetzt wird, der Grad der M.d.E. von den verbliebenen Funktionsstörungen abhängig gemacht, wobei die "Anhaltspunkte" allerdings eine Mindest-M.d.E. von 50 v.H. vorgeben. In den "Anhaltspunkten" von 1977 wurde bei einer Nierentransplantation prinzipiell eine M.d.E. von 100 v.H. angesetzt.

Dennoch lassen die "Anhaltspunkte" selber keinen Zweifel darüber, daß die Zuordnung von M.d.E.-Werten zu bestimmten Krankheitsbildern nicht den Charakter von medizinischen Erkenntnissen hat. Sie dient dazu, wissenschaftlich plausible Urteile über die Hilfsbedürftigkeit einer Person im Sinne eines Gesetzes, des Schwb-G, zu fällen. Die "Anhaltspunkte" können und wollen keine eindeutige Festlegung und Zuordnung von bestimmten Behinderungen und Prozentgraden der M.d.E. sein, aufgrund derer die Bescheiderteilung quasi mechanisch vollzogen werden könnte. Die Kommissionen, die diese Richtlinien erarbeitet haben, sind sicher die letzten, die sich darüber täuschen

würden. Durch die von den "Anhaltspunkten" gegebenen Richtlinien ist der versorgungsmedizinisch tätige Arzt der Entscheidung nicht enthoben. Durch sie sind ihm seine Ermessensspielräume eröffnet und Entscheidungsprobleme eigener Art aufgetragen.

5.3. Einschätzungsprobleme und Ermessensspielräume des beurteilenden Arztes

Es wäre falsch, die von den "Anhaltspunkten" empfohlenen Prozentsätze der M.d.E. als Einschränkung der versorgungsärztlichen Ermessensfreiheit zu betrachten. Das würde ja voraussetzen, daß es sich rein aus ärztlichen Diagnosen heraus folgerichtig anbieten würde, Erkrankungen und Leiden im Sinne des Schwb-G zu quantifizieren. Nur dann wäre das gelegentlich geäußerte Bedenken berechtigt, die allgemeinen Vorgaben der "Anhaltspunkte" würden den mit wissenschaftlichen Methoden ermittelten Befund mit äußerlichen Vorentscheidungen belasten - so als führte die medizinische Untersuchung immanent zu einem "eigentlichen" sachgerechten M.d.E.-Wert. Tatsächlich ist es eher umgekehrt: Die "Anhaltspunkte" stellen den Zusammenhang zwischen medizinischem Befund und rechtlichem Tatbestand überhaupt erst in einer Weise her, daß eine medizinische Einschätzung des Einzelfalls im Hinblick auf die Tatbestandsmerkmale des Schwb-G begründet vorgenommen werden kann. Andererseits soll jedoch jeder einzelne Fall gerade nicht schematisch subsumiert, sondern in relativ freier Anwendung der "Anhaltspunkte" auf seinen besonderen, individuellen M.d.E.-Wert hin analysiert werden. Dabei ergeben sich typischerweise drei Arten von Einschätzungsproblemen.

5.3.1. Das Problem der Schwere eines Leidens

Für die Einschätzung der Schwere eines Leidens bemühen sich die "Anhaltspunkte" - wie in Abschnitt 5.2. ausgeführt wurde um möglichst präzise und objektive medizinische Kriterien, wie Meßdaten der Ergometrie, der Lungenfunktionsprüfung und Laborwerte. Sie versuchen auch nach Möglichkeit die subjek-

tive Seite des Leidens zu objektivieren und zu quantifizieren - z.B. mit der Unterscheidung von "geringer" und "mittelgradiger" Einschränkung der Lungenfunktion nach den alltäglichen Verrichtungen, bei denen die subjektiven Beschwerden auftreten: "forsches Gehen (5-6 km/h), mittelschwere körperliche Arbeit" bzw. "Spazierengehen (3-4 km/h), Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche Arbeit". (siehe "Anhaltspunkte" 1983, S. 63)

Dennoch soll nicht einfach festgestellt werden, in welchem Umfang ein Organ oder Organsystem als geschädigt zu gelten hat. Für die M.d.E., die aus dem ermittelten Defekt folgt, geben die "Anhaltspunkte" meist Spannen von 20 Prozentpunkten an. So wird beispielsweise eine Leistungseinschränkung des Herzens, "mittleren Grades" durch die "Anhaltspunkte" genau präzisiert:

"mit Leistungsbeeinträchtigung bereits bei alltäglicher leichter Belastung (z.B. Spazierengehen (3-4 km/h), Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Meßdaten bei Ergometerbelastung mit 50 Watt (wenigstens 3 Minuten)" (siehe "Anhaltspunkte" 1983, S. 67)

Als M.d.E.-Vorschlag wird für diese Behinderung eine Spanne von 50 bis 70 v.H. eingeräumt. Ein analoges Beispiel ist die Präzisierung einer Nierenfunktionsstörung "schweren Grades":

"Serumkreatininwerte dauernd über 8 mg/dl, Allgemeinbefinden stark gestört, starke Einschränkung der Leistungsfähigkeit, bei Kindern keine normale Schulleistungen mehr." (siehe "Anhaltspunkte" 1983, S. 82)

Die M.d.E.-Spanne wird in diesem Fall mit 80 bis 100 v.H. angegeben.

Ein gewisser Spielraum für die Einschätzung der Schwere eines Leidens ist also sogar in den Fällen gegeben, in denen sich die Ermittlung der M.d.E. auf objektive und quantitative diagnostische Verfahren bezieht. In einigen Fällen sind allerdings Einschätzungen verlangt, bei denen das subjektive Wohlbefinden des Antragstellers nicht außer acht gelassen werden kann und sogar recht subjektive Erfahrungswerte des beurtei-

lenden Arztes eine Rolle spielen. Am deutlichsten wird dies bei psychischen Störungen oder Krankheitsbildern wie Migräne, Ohrgeräuschen, Schwindelanfälle und dergleichen, bei denen der untersuchende Arzt auf die Angaben des Antragstellers angewiesen ist. Ein andersgearteter, aber ähnlich schwer zu beurteilender Fall liegt häufig bei der Einschätzung einer Brustamputation mit Wiederaufbauplastik vor. Die "Anhaltspunkte" geben für diesen Fall folgende Richtlinien an:

"Aufbauplastik zur Wiederherstellung der Brust mit günstigem Ergebnis sonst (siehe "Anhaltspunkte" 1983, S. 87)	M.d.E. 0 - 10 v.H. M.d.E. 20 - 30 v.H.
--	---

Die Schwierigkeit liegt hier in dem Begriff "günstiges Ergebnis". Es liegt auf der Hand, daß der Operateur, der den Krankenhausabschlußbericht verfaßt, hier andere Maßstäbe anlegt als die betroffene Patientin. Der behandelnde Chirurg beurteilt das medizinische Problem, das er bewältigt hat. Die betroffene Patientin vergleicht das Ergebnis mit dem Zustand vor Krankheit und Operation. Der Versorgungsarzt kann weder einfach den Maßstab einer technisch gelungen Operation noch einfach die ästhetischen Maßstäbe anlegen, nach denen sich die Beeinträchtigung des Gesamtbefindens der Antragstellerin richtet. Für die Entscheidung kann es hier gar keine anderen als subjektiv gefärbte Kriterien geben.

5.3.2. Das Leiden im Verhältnis zur Gesamtkonstitution

Die übliche medizinische Diagnose ermittelt in therapeutische Absicht Art und Grund der Störung eines Organsystems. Die Auswirkungen des Leidens werden in Betracht gezogen, um die Dringlichkeit einer Therapie wie auch umgekehrt die möglichen Risiken eines bestimmten therapeutischen Verfahrens angemessen abschätzen zu können. Für die versorgungsärztliche Diagnose kommt es - wie bereits ausgeführt - umgekehrt darauf an, die Beeinträchtigung der Funktionstüchtigkeit des Gesamtorganismus durch einen speziellen Defekt quantitativ einzuschätzen. Es sind also nicht nur unterschiedliche Stadien einer Krankheit in Rechnung zu stellen; berücksichtigt werden muß auch,

daß verschiedene Behinderte mit derselben Schädigung in ganz unterschiedlicher Weise fertig werden. Andererseits hat der Versorgungsarzt nicht zu beurteilen, wie problemlos der einzelne tatsächlich in seinem Alltagsleben mit seiner Behinderung zurechtkommt. Sein Gutachten legt einen "Durchschnittswert" dessen zugrunde, wie schwer einem Menschen mit dem entsprechenden Gesundheitsschaden das Zurechtkommen im Alltag und im Berufsleben fallen muß. Daraus kann sich der - oft als paradox angesehene - Fall ergeben, daß ein Behinderter, der mit großem physischen, psychischen und gegebenenfalls finanziellen Aufwand an der Kompensation seines Leidens arbeitet und dabei Erfolge erzielt, deswegen u.U. geringer eingestuft wird als ein Mensch mit derselben Behinderung, der diese Leistung nicht aufbringt.

In anderen Fällen wird bestimmten Schädigungen ein M.d.E.-Wert beigemessen, ohne daß deren Bewältigung und die tatsächliche effektive Beeinträchtigung entscheidend zu berücksichtigen ist. Dies kommt vor allem dann vor, wenn im Sinne gesetzlich fixierter Festlegungen eine bestimmte Mindest-M.d.E. für ein Leiden vorgeschrieben ist. So wird etwa nach der Verwaltungsvorschrift 4 zu § 30 BVG ¹⁰⁾ der Verlust von Gliedmaßen nach festen Mindest-Prozentsätzen eingestuft; gerade hierbei hängt es andererseits stark von der individuellen Körperkraft, der individuellen Geschicklichkeit, einem aufwendigen Training und dergleichen ab, wie entscheidend der Betroffene in seinem Alltagsleben beeinträchtigt ist.

Fallbeispiel

St) Ein junger Mann, dem nach einem Unfall der rechte Unterschenkel amputiert werden mußte, stellt sich im Amt vor. Der Unfall liegt einige Jahre zurück, Herr St. hat in der Zwischenzeit seine Körperkraft systematisch trainiert. Er gibt an, daß er vor seinem Unfall ein begeisterter Sportler war und auch jetzt wieder im Rahmen seiner Möglichkeiten aktiv Sport betreibt. Im letzten Winter habe er mehrmals mit Erfolg an Behinderten-Skirennen teilgenommen. Das Gangbild ist mit Prothese nahezu unauffällig.

Fallbeispiel

T) Eine ca. 60-jährige Frau, der ebenfalls nach einem Unfall

der rechte Unterschenkel amputiert werden mußte, kommt in Begleitung ihres Sohnes zur Untersuchung. Es handelt sich um eine vorgealterte wirkende Frau von eher zierlichem Körperbau. Frau T. gibt glaubhaft an, daß sie seit ihrem Unfall nur noch selten - und auch dann nur, um zum naheliegenden Einkaufszentrum zu gehen - alleine aus dem Haus gehe, da sie sich mit der Prothese nicht sicher auf den Beinen fühle. Die Untersuchung ergibt reizlose Stumpfverhältnisse und eine ausreichende Funktionsfähigkeit des erhaltenen rechten Kniegelenks sowie des rechten Hüftgelenks und der Gelenke des linken Beins. Das Gangbild ist deutlich rechts-hinkend.

In beiden Fällen wurde nach den Richtlinien der "Anhaltspunkte" eine M.d.E. von 50 v.H. festgesetzt und das Vergünstigungsmerkmal "G" festgestellt.

Solche Extremfälle kommen in der versorgungsärztlichen Praxis relativ selten vor. Sie verdeutlichen aber die prinzipielle Schwierigkeit, mit Maßstäben, die der Natur der Sache nach überindividuell sein müssen, dem jeweiligen Einzelfall gerecht zu werden.

5.3.3. Das Leiden im Verhältnis zum Lebensalter

Die "Anhaltspunkte" schreiben vor, bei der Würdigung des Einzelfalls das Lebensalter mit in Rechnung zu stellen. Gemeint ist damit ein vermuteter altersspezifischer Normalzustand der körperlichen, geistigen und seelischen Funktionstüchtigkeit. Auf diese Norm, die ein gewisses Maß von altersbedingtem Verschleiß mit einrechnet, der nicht als Behinderung im Sinne des Schwb-G geltend gemacht werden kann, sollen die diagnostizierten Gesundheitsschäden bezogen werden. Dabei treffen die "Anhaltspunkte" folgende Unterscheidungen:

"Die M.d.E. setzt stets eine Regelwidrigkeit gegenüber dem für das Lebensalter typischen Zustand voraus. Dies gilt für Kinder in gleicher Weise wie für alte Menschen.

Dementsprechend sind Alterserscheinungen bei der Beurteilung der M.d.E. nicht zu berücksichtigen. Als Alterserscheinungen sind körperliche und psychische Leistungseinschränkungen anzusehen, die sich im Alter physiologisch entwickeln und die für das Alter nach ihrer Art und ihrem Umfang typisch sind. Hierzu gehören die altersbedingte allgemeine Verminderung der körperlichen Leistungsfähigkeit, das altersentsprechende Nachlassen des Gedächtnisses und der geistigen Beweglichkeit und auch die altersspezifischen Einschränkungen der Seh- und Hörfähigkeit. Demgegenüber sind Gesundheitsstörungen, die

nicht regelmäßig und nicht nur im höheren Alter beobachtet werden können - beispielsweise Geschwülste, arteriosklerotisch bedingte Organerkrankungen, stärkere, nicht als altersentsprechend beurteilbare Bewegungseinschränkungen durch Arthrosen - keine Alterserscheinungen, auch dann nicht, wenn sie erstmalig im höheren Alter auftreten. " (siehe "Anhaltspunkte" 1983, S. 24)

Für einen großen Teil der geltend gemachten Behinderungen spielt die empfohlene Rücksichtnahme auf altersbedingte gesundheitliche Einschränkungen also keine Rolle. Es ist nicht daran gedacht, je nach Altersstufe ein generell unterschiedliches Niveau organischer Funktionstüchtigkeit anzunehmen, auf das hin die Auswirkungen eines gesundheitlichen Schadens zu relativieren wären. Das müßte ja zu dem problematischen Ergebnis führen, daß beispielsweise die Folgen eines Herzinfarktes bei alten Menschen mit einer geringeren M.d.E. zu bewerten wären als bei Jüngeren, da die dadurch beeinträchtigte Leistungsfähigkeit bei den Älteren ohnehin geringer zu veranschlagen wäre. Die der Intention des Schwb-G nach ausgeschlossene Frage, wobei die Behinderung den Betroffenen denn behindert, würde so in die Beurteilung eingeführt.

Andererseits soll jedoch darauf geachtet werden, daß nur solche Behinderungen eine M.d.E. begründen, die auf spezielle Gesundheitsschäden und nicht auf einen als normal vorgestellten organischen Verschleiß zurückgehen. Die Abgrenzung, die damit getroffen wird, mag als Grundsatz einleuchten, ist jedoch auch in den Fällen, die die "Anhaltspunkte" ansprechen, nur schwer nach objektiven medizinischen Kriterien durchzuführen.

Die Empfehlung, das "altersentsprechende Nachlassen des Gedächtnisses und der geistigen Beweglichkeit" mit in Rechnung zu stellen, wird praktisch nur in solchen Fällen relevant, in denen eine Cerebralsklerose soweit fortgeschritten ist, daß ihre Symptome überhaupt als Behinderungen im Sinne des Schwb-G geltend gemacht werden. Liegt eine solche Behinderung vor, so wird der beurteilende Arzt diese kaum deswegen als weniger gravierend einschätzen, weil von einem gewissen Alter an mit

sklerotischen Veränderungen zu rechnen ist. Normalerweise gibt es auch nicht den Fall, daß gleichwertige Symptome im Bereich des Gedächtnisses und der geistigen Beweglichkeit bei jüngeren und älteren Menschen beurteilt werden müßten und dabei das geringere Alter allein ein Grund dafür wäre, eine höhere M.d.E. anzunehmen. Die Beeinträchtigung der geistigen Funktionsfähigkeit im jüngeren Alter hat in der Regel andere Ursachen und macht sich in anderer Weise geltend als cerebralsklerotische Symptome und wird schon von daher medizinisch anders zu beurteilen sein.

Ähnlich verhält es sich mit den "altersspezifischen Einschränkungen der Seh- und Hörfähigkeit". Wenn hier nach den üblichen objektiven Meßverfahren eine durch Hörgerät bzw. Sehhilfe nicht korrigierbare Beeinträchtigung vorliegt, dann wird der beurteilende Arzt, genau wie bei jedem jüngeren Menschen, einen entsprechenden M.d.E.-Wert zuordnen. Die "Anhaltspunkte" selbst lassen hier gar keine Auswahl. ¹¹⁾

Von größerer praktischer Bedeutung ist der Hinweis auf die "altersbedingte allgemeine Verminderung der körperlichen Leistungsfähigkeit". Hier steht der beurteilende Arzt häufig vor dem Tatbestand, daß bestimmte organische Schädigungen sich bei älteren Menschen weitaus gravierender bemerkbar machen als bei Jüngeren. So kann etwa bei 80-jährigen Herzinfarktpatienten, die einen entsprechenden Antrag stellen, normalerweise davon ausgegangen werden, daß sie erheblich bewegungseingeschränkt sind, was bei einem 50-jährigen nach abgelaufenem Herzinfarkt in der Regel nicht ohne weiteres anzunehmen ist. In solchen Fällen kann nach dem Wortlaut der "Anhaltspunkte" dennoch dem älteren Antragsteller - einen gleichartigen Herzbefund vorausgesetzt - keine höhere M.d.E. zugebilligt werden als dem Jüngeren; und auch das Merkzeichen "G" darf nicht allein deswegen gewährt werden, weil aus Altersgründen eine schwerere körperliche Beeinträchtigung anzunehmen ist.

Grenzfälle liegen häufig bei Bewegungseinschränkungen infolge von Verschleißerscheinungen der Gelenke vor. Hier ist im Ein-

zelfall besonders schwer zu entscheiden, wie die Vorschrift der "Anhaltspunkte", "als altersentsprechend beurteilbare Bewegungseinschränkungen durch Arthrosen" in der M.d.E. nicht zu berücksichtigen, auszulegen ist. Selbst wenn es hier eindeutige Durchschnittswerte gäbe, sind es doch in jedem Einzelfall besondere individuelle Belastungen, die zum Verschleiß eines Organsystems geführt haben, und nie einfach die Lebensjahre als solche. Dennoch wird hier sowohl bei röntgenologischen wie bei klinischen Befunden oft mit einem altersspezifischen Durchschnittswert argumentiert. Auch hier gehen die "Anhaltspunkte" selber allerdings wohl eher davon aus, daß als relevant festgestellte Bewegungseinschränkungen der Gelenke als nicht altersbedingte Behinderungen im Sinne des Schwb-G einzuschätzen sind.

Eindeutiger ist die Sachlage beispielsweise beim Verlust der Gebärmutter. Hier ist in jüngeren Lebensjahren und bei noch bestehendem Kinderwunsch sicherlich eine M.d.E. anzunehmen - der von den "Anhaltspunkten" angegebene Mindest-M.d.E.-Wert beträgt in diesem Fall 20 v.H. Im höheren Lebensalter läßt sich hierdurch keine Behinderung im Sinne des Schwb-G mehr ableiten. Ebenso liegt es auf der Hand, daß der Verlust beider Eierstöcke nur dann eine M.d.E. bedingt, solange er eine wesentliche Auswirkung auf den für das entsprechende Lebensalter physiologischen Hormonhaushalt hat. Wo im Einzelfall hier die Altersgrenze zu ziehen ist, ist allerdings auch hier eine Ermessensfrage - die "Anhaltspunkte" geben lediglich 50 Lebensjahre als Obergrenze an. ¹²⁾

5.3.4. Die Kombination verschiedener Leiden

Eine umfassende Anamnese hat in der üblichen medizinischen Praxis einen klar umrissenen Zweck. Sie trägt bei zur Erstellung einer Diagnose der aktuellen Beschwerden, und soweit sie sich auf Krankheiten bezieht, die mit dem diagnostizierten Leiden nichts zu tun haben, ist sie erforderlich, um bei der Therapie Gegenindikationen in Rechnung zu stellen. Inso-

weit spielt selbstverständlich auch ein infolge anderer Krankheiten reduzierter Allgemeinzustand für die optimale Therapie eines Leidens, u. U. sogar für seine diagnostische Identifizierung, eine Rolle.

Bei der medizinischen Beurteilung nach dem Schwb-G wird die vollständige Erhebung aller Leiden des Antragstellers in ganz anderer Weise bedeutsam. Sie sind daraufhin zu betrachten, inwieweit sie gemeinsam die Funktionsfähigkeit des Gesamtorganismus belasten. Sie sind in der Summe einzuschätzen; und es liegt auf der Hand, daß es sich hier nicht um eine rein rechnerische Summe und auch nicht um die Addition der Einzel-M.d.E. Werte handeln kann. ¹³⁾ Ebensowenig geht diese Gesamteinschätzung allerdings darin auf, die möglichen Rückwirkungen der verschiedenen Leiden aufeinander bzw. auf die Möglichkeiten ihrer Therapie festzustellen. Es geht um ein integriertes Gesamtbild und eine integrative Quantifizierung der unterschiedlichen Behinderungen eines Antragstellers: die medizinisch plausible Ermittlung einer Gesamt-M.d.E.

Die "Anhaltspunkte" empfehlen hier den Vergleich einer Kombination verschiedenartiger Leiden mit Behinderungen, deren M.d.E. eindeutig festliegt, und geben folgende Richtlinien an die Hand ¹⁴⁾:

"Bei der Beurteilung der Gesamt-M.d.E. ist in der Regel von der Behinderung auszugehen, die den höchsten Einzel-M.d.E.-Grad bedingt, und dann im Hinblick auf alle weiteren Behinderungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Behinderungen dem ersten M.d.E.-Grad 10 oder 20 oder mehr Vohundertpunkte hinzuzufügen sind, um der Gesamt-Behinderung gerecht zu werden.

In der Regel führen zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen die nur einen M.d.E.-Grad um 10 v.H. bedingen, nicht zu einer wesentlichen Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung die bei der Gesamt-M.d.E. berücksichtigt werden könnte, auch dann nicht, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Behinderungen mit einem M.d.E.-Grad um 20 v.H. ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. "

(siehe "Anhaltspunkte" 1983, S. 28)

Mit dieser Empfehlung grenzen die "Anhaltspunkte" sich ab gegen früher teilweise übliche Rechenmethoden, wie z. B. eine "Kalkulation", die recht schematisch die Hauptbehinderung voll, das nächst gewichtige Leiden mit der Hälfte des eigenen M.d.E.-Werts, ein etwaiges drittes Gebrechen mit einem Drittel, ein viertes mit einem Viertel und andere überhaupt nicht in Rechnung gestellt hat. ¹⁵⁾

Es ist andererseits nicht zu übersehen, daß auch die neuen "Anhaltspunkte" mit dem Haupt-M.d.E.-Wert und verminderten "Zuschlägen" aus den M.d.E.-Werten eventueller weiterer Behinderungen rechnen. ¹⁶⁾ Ein anderes Verfahren ist auch kaum denkbar, wenn bei der prozentualen Quantifizierung einer individuellen Kombination von Leiden überhaupt eine gewisse Gleichmäßigkeit erzielt werden soll.

Was die versorgungsärztliche Praxis betrifft, so sind die Festlegungen der "Anhaltspunkte" ohnehin mehr als Hinweis darauf zu verstehen, daß bei der Ermittlung eines zusammenfassenden M.d.E.-Grads auf das konkrete Krankheitsbild zurückzugehen ist. Die Beispielsfälle, mit denen z.B. in der versorgungsärztlichen Fortbildung diese Ermahnung plausibel gemacht wird, sind allerdings meist recht praxisfern konstruiert. Als Musterbeispiel wird gerne folgender Fall vorgestellt.

"An einem Bein bestehen gleichzeitig eine Peronäuslähmung und eine Versteifung des Fußgelenks in günstiger Stellung. Jede Behinderung würde für sich eine Einzel-M.d.E. von 30 v.H. bedingen. In diesem Fall wäre es aber falsch, eine höhere M.d.E. als 30 v.H. festzusetzen, da die Peronäuslähmung durch die Versteifung des Fußgelenks vollständig kompensiert wird."

In der Praxis hat man es in der Regel mit weniger eindeutigen Fällen zu tun. Eine wesentliche Beeinträchtigung des Gesamtzustandes ist meist dann anzunehmen, wenn bei einer bestehenden Behinderung eine weitere - auch für sich genommen nur geringfügige - Behinderung eines anderen Organsystems hinzukommt, mit dem die schwerwiegendere Behinderung zu kompensieren wäre. Wenn z.B. bei einer beidseitigen Coxarthrose, die

die Benutzung eines Gehstocks notwendig macht und für die eine M.d.E. von 50 v.H. festgestellt wurde, zusätzlich eine Arthrose der Handgelenke besteht, die den Gebrauch des Gehstocks einschränkt, dann kann in diesem Fall, obwohl die Bewegungseinschränkung des Handgelenks isoliert betrachtet nur eine M.d.E. von 10 v.H. bedingt, eine Gesamt-M.d.E. von 60 v.H. angenommen werden.

Fallbeispiel

- U) Bei Herrn U. liegt eine Unterschenkelamputation links vor; hierfür wurde eine Einzel-M.d.E. von 50 v.H. festgestellt. Zusätzlich besteht eine mittelgradige beidseitige Coxarthrose (Einzel-M.d.E. 30 v.H.) und Verschleißerscheinungen der Wirbelsäule mit rezidivierenden Ischialgien (Einzel-M.d.E. 10 v.H.). Da in diesem Fall die verschiedenen Behinderungen in ihrem Zusammenwirken eindeutig eine weitere Verschlechterung der Bewegungsfähigkeit bewirken, wurde hier eine Gesamt-M.d.E. von 80 v.H. für angemessen gehalten, die sich bei einem bloß schematischen Betrachten der Einzel-M.d.E.-Werte nicht ergeben hätte.

In einer Vielzahl von Fällen stellen jedoch weitere, relativ geringfügige Behinderungen, die zu einem "Haupt-Leiden" hinzukommen, keinen Grund dar, die Gesamt-M.d.E. zu erhöhen.

Fallbeispiel

- V) Es liegt eine koronare Herzkrankheit vor, die mit einer Einzel-M.d.E. von 50 v.H. bewertet wurde. Zusätzlich besteht eine mittelgradige Schwerhörigkeit rechts bei Normalhörigkeit des linken Ohrs (Einzel-M.d.E. 10 v.H.), ein durch Diät ausgleichbarer Diabetes mellitus (Einzel-M.d.E. 10 v.H.) und degenerative Veränderungen der Wirbelsäule (Einzel-M.d.E. 10 v.H.). Bei der Würdigung des Gesamtzustandes von Herrn V. fallen die geringgradigen Behinderungen, die zusätzlich zu dem Herzleiden bestehen, nicht so ins Gewicht, daß hierdurch seine gesundheitliche Beeinträchtigung wesentlich verschlimmert würde. Es wurde eine Gesamt-M.d.E. von 50 v.H. festgesetzt.

Es gibt jedoch auf diesem Gebiet der Natur der Sache nach immer wieder Grenzfälle, in denen letztlich der beurteilende Arzt nach seinen Erfahrungen und nach seinem Ermessen entscheiden muß.

Fallbeispiel

- W) Folgende Behinderungen wurden festgestellt:

Eine Leberzirrhose mit einer Einzel-M.d.E. von 50 v.H. und Verschleißerscheinungen der Wirbelsäule und Gelenke mit einer Einzel-M.d.E. von 20 v.H. Die Gesamt-M.d.E. wurde mit 50 v.H. bewertet.

Fallbeispiel

X) Festgestellt wurden:

Eine Magenteilresektion und eine Darmresektion mit Kunsterafter mit einer Einzel-M.d.E. von 80 v.H. und eine Bewegungseinschränkung des rechten Kniegelenks (Einzel-M.d.E. 20 v.H.)

Es wurde eine Gesamt-M.d.E. von 90 v.H. gebildet.

In beiden Fällen hätte man umgekehrt entscheiden können, je nachdem, ob man mehr der Auffassung zuneigt, daß verschiedenen Behinderungen ganz verschiedene Bereiche im Alltagsleben betreffen und als solche zu berücksichtigen sind, oder ob man die mit einer Einzel-M.d.E. von 20 v.H. bewerteten Behinderungen als so geringfügig ansieht, daß hierdurch die Beeinträchtigung des Betroffenen nicht in wesentlichem Ausmaß verschlimmert wird. Solche Unterschiede in den Ermessensentscheidungen der beurteilenden Ärzte sind durch noch so genaue Festlegungen nicht auszuräumen. Und auch hierbei darf man nicht aus den Augen verlieren, daß es sich bereits bei den zugrundeliegenden Einzel-M.d.E.-Werten um auf den jeweiligen Einzelfall bezogene Ermessensentscheidungen handelt, die ihrerseits die von den Anhaltspunkten für bestimmte Gesundheitsstörungen festgesetzten allgemeinen Richtwerte zur Grundlage haben. Es wäre also völlig absurd, ausgerechnet bei der Bildung der Gesamt-M.d.E. den Maßstab einer quasi-naturwissenschaftlichen Genauigkeit anlegen zu wollen. ¹⁷⁾

Häufig machen Antragsteller mehrere Leiden geltend, die nach den "Anhaltspunkten" als geringfügig mit M.d.E.-Graden von 10 oder 20 v.H. eingeschätzt werden. Hier kann nicht davon die Rede sein, daß gewisse leichtere Behinderungen hinter einem dominierenden Leiden zurücktreten. Nach den Richtlinien der "Anhaltspunkte" wäre es hier meist völlig unangebracht, die höchste Einzel-M.d.E. um mehr als 10 v.H. zu überschreiten.

Fallbeispiel

Y) Festgestellt wurden:

Eine chronische Gastritis, Hiatusgleithernie (Einzel-M.d.E. 20 v.H.), eine Rezidivstruma (Einzel-M.d.E. 10 v.H.), eine labile Hypertonie (Einzel-M.d.E. 10 v.H.), eine Vari-
kosis (Einzel-M.d.E. 10 v.H.) und degenerative Veränderungen der Wirbelsäule (Einzel-M.d.E. 10 v.H.).

In diesem Fall erschien eine höhere Gesamt-M.d.E. als 20 v.H. nicht gerechtfertigt, da die verschiedenen Behinderungen die jeweils nur einen M.d.E.-Grad von 10 v.H. bedingen, in ihrem Ausmaß als so geringfügig einzuschätzen sind, daß sie die Funktionstüchtigkeit des Betroffenen nicht wesentlich beeinträchtigen.

Fallbeispiel

Z) Eine Herabsetzung der Sehfähigkeit (Einzel-M.d.E. 20 v.H.), eine Teilresektion des Magens nach Billroth II (Einzel-M.d.E. 20 v.H.) und ein endogenes Ekzem (Einzel-M.d.E. 20 v.H.).

Die Gesamt-M.d.E. wurde mit 30 v.H. bewertet.

Im Rahmen eines Erhöhungsantrags wird als zusätzliche Behinderung eine Bewegungseinschränkung der Kniegelenke festgestellt, die ebenfalls eine Einzel-M.d.E. von 20 v.H. bedingt. Die Gesamt-M.d.E. wurde daraufhin auf 40 v.H. erhöht, da hier im Vergleich zum Zustand vorher eine deutliche Verschlimmerung der Gesamt-Beeinträchtigung angenommen werden konnte. Es liegen hier Behinderungen vor, die alle verschiedenen Organsysteme betreffen und sich somit auf ganz verschiedene Lebensbereiche nachteilig auswirken.

Die bisher vorgeführten Beispielsfälle sind so ausgesucht, daß das übliche Verfahren, bei der Ermittlung der Gesamt-M.d.E. die M.d.E.-Werte der einzelnen Gesundheitsschäden nicht alle voll zu berücksichtigen, ohne weiteres plausibel erscheint bzw. die Abweichung nach oben speziell begründet ist. Diese Gepflogenheit eines "Abschlags" bei hinzukommenden Behinderungen wirft in der Praxis meist auch keine Probleme auf, ist theoretisch allerdings nicht so einfach zu begründen. Sicher wäre es Unsinn, einzelne M.d.E.-Werte auf über 100 v.H. zu addieren,; und es wäre auch zweifellos ungerecht, einem Menschen mit mehreren geringfügigen Gesundheitsschäden, die rechnerisch zusammengekommen eine M.d.E. von 100 v.H. ergeben würden, mit einem Blinden oder Querschnittsgelähmten gleichzustellen. Nicht selten kommt es aber vor, daß ein Antragsteller i

seiner alltäglichen Lebensführung durch zwei oder mehrere ganz verschiedene Gebrechen in ganz unterschiedlicher Art und Weise behindert wird; Gebrechen, die jedes für sich nach Maßgabe der Anhaltspunkte seine Funktionstüchtigkeit um 40, 50 oder mehr Prozent herabsetzen. Weder medizinisch gesehen noch vom Standpunkt der alltäglichen Lebenserfahrung aus läßt sich da so ohne weiteres die Vorstellung vertreten, daß die eine Behinderung gewissermaßen in der anderen auch nur zum Teil enthalten oder "aufgehoben" wäre. In solchen Fällen ließe sich durchaus auch umgekehrt argumentieren, daß für einen Behinderten die Lebensbereiche und Tätigkeiten, in denen sein Organismus noch voll funktionsfähig ist, eine umso größere Bedeutung besitzen, zusätzliche Behinderungen also umso gravierender zu bewerten wären. Im Einzelfall ist dies auch nicht ausgeschlossen; generell folgt die praktische Umsetzung des Schwb-G allerdings der entgegengesetzten Ermessensentscheidung. Es wird praktisch für gerecht erachtet, in der Anerkennung des Schadens an einem Organsystem die Schädigung an anderen bis zu einem gewissen Grad als bereits "abgegolten" zu betrachten. Andererseits wird auch nicht in dem Sinne "prinzipientreu" verfahren, daß gewissermaßen die Schädigung jedes Organsystems für sich gewichtet und generell nur der höchste Wert als Minderung der Funktionstüchtigkeit des gesamten Organismus in Anschlag gebracht wird. Die integrative Beurteilung der Behinderung der individuellen Funktionstüchtigkeit durch unterschiedliche Leiden bezieht pragmatisch verschiedene Gesichtspunkte ein. Die Schädigung oder der Ausfall eines einzelnen Organsystems unter den verschiedenen, an denen ein Mensch behindert sein kann, kann bereits einen M.d.E.-Wert bis zu 100 v.H. bedingen, gleichgültig wie funktionstüchtig der betroffene Organismus sonst auch sein mag. Insoweit steht - und zwar durchaus zu Recht - der Teilbereich menschlicher Funktionstüchtigkeit für das Ganze. Diese Betrachtungsweise konsequent fortgeführt, müßte bei Vorliegen mehrerer verschiedenartiger Leiden zu folgendem Dilemma führen: Entwe-

der müßten die Einzel-M.d.E.-Werte-gegebenenfalls auch auf über 100 Prozent - addiert werden, weil ja ein jeder für eine prozentuale Minderung der Funktionstüchtigkeit des Menschen insgesamt stehen soll; oder aber es dürfte nach wie vor die Funktionstüchtigkeit des Menschen nur nach einem, und zwar dem am meisten betroffenen funktionellen System beurteilt werden. Dieses Dilemma wird mit der Entscheidung umgangen, beim Vorliegen verschiedener Behinderungen die Gleichsetzung der Funktionstüchtigkeit der Person insgesamt mit der des betroffenen Organsystems zu relativieren und eine zweite oder weitere Behinderung als Zuwachs einer vorgestellten Gesamtbehinderung zu begreifen, aber nicht in vollem Umfang ihres Einzel-M.d.E.-Wertes.¹⁸⁾ Es liegt auf der Hand, daß diese Entscheidung in erster Linie dem sozialstaatlichen Rechtsempfinden Genüge tut und immer nur näherungsweise durch medizinische Diagnosen einzulösen ist.

Es besteht z.B. eine koronare Herzkrankheit mit abgelaufenem Herzinfarkt, die eine Einzel-M.d.E. von 50 v.H. bedingt, und darüberhinaus liegt noch eine beidseitige Sehinderung vor, die ihrerseits eine Einzel-M.d.E. von 40 v.H. bedingt. Man könnte hier zu dem Schluß gelangen, die Sehinderung bleibt hinter dem Herzinfarkt zurück, also schlägt allein die höhergradige Behinderung mit 50 v.H. zu Buche. Man könnte argumentieren, bei einem Menschen mit gesundem Herzen würde die Sehinderung schon eine M.d.E. von 40 v.H. bedingen, warum sollte diese jetzt in geringerem Maße berücksichtigt werden, weil der Betroffene noch anderweitig geschädigt ist, und müßte dann eine Gesamt-M.d.E. von 90 v.H. bilden. Die Versorgungsmedizin nimmt nicht etwa schematisch die Mitte zwischen diesen beiden Extremen. Sie kombiniert die beiden oben ausgeführten Gesichtspunkte und wird in der Regel zu einer Gesamt-M.d.E. von 70 oder 80 v.H. gelangen.

Fallbeispiel

AA) Festgestellt wurden eine chronische Hepatitis mit einer Einzel-M.d.E. von 50 v.H. und Taubheit links bei mittel-

gradiger Schwerhörigkeit rechts mit einer Einzel-M.d.E. von 40 v.H. Die Gesamt-M.d.E. wurde mit 70 v.H. bewertet.

Fallbeispiel

BB) Festgestellt wurden eine chronisch myeloische Leukämie mit mäßigen Auswirkungen auf den Allgemeinzustand (Einzel-M.d.E. 60 v.H.) und eine beidseitige Coxarthrose (Einzel-M.d.E. 30 v.H.). Die Gesamt-M.d.E. wurde in diesem Fall auf 80 v.H. festgesetzt.

Fallbeispiel

CC) In diesem Fall handelte es sich um einen Polytraumatisierten. Es lagen vor: eine Querschnittslähmung mit Paralyse der Beine und Mastdarm- und Blasenlähmung (Einzel-M.d.E. 100 v.H.), Blindheit (Einzel-M.d.E. 100 v.H.), Verlust des rechten Arms im Oberarm (Einzel-M.d.E. 70 v.H.) und ein chronisches Magengeschwürsleiden (Einzel-M.d.E. 30 v.H.). Die Gesamt-M.d.E. beträgt ebenfalls 100 v.H., zusätzlich sind die Voraussetzungen für alle vom Gesetzgeber vorgesehenen Vergünstigungsmerkmale gegeben. Der Betroffene ist in diesem - zugegeben extremen - Fall zweifellos stärker beeinträchtigt als viele, die völlig zu Recht - nämlich wegen Totalausfall eines Organsystems - ebenfalls eine Gesamt-M.d.E. von 100 v.H. zuerkannt bekamen. Naturgemäß kann die versorgungsmedizinische Einstufung diesem Unterschied durch eine M.d.E.-Festsetzung nicht mehr Rechnung tragen.

Die Problematik, mit der sich der versorgungsmedizinisch tätige Arzt zu befassen hat, ist die quantifizierende Einordnung von Behinderungen. Dabei geht es immer darum, Erwägungen der sozialstaatlichen Gerechtigkeit mit den Mitteln der medizinischen Diagnose auf eine objektive Grundlage zu stellen. Es handelt sich hierbei gewissermaßen um eine medizinische Diagnose "gegen den Strich" - eben nicht im Hinblick auf die Ursachen und therapeutischen Möglichkeiten einer Erkrankung, sondern als quasi Festschreibung irreversibler Gesundheitsschäden, deren Berücksichtigung durch den Gesetzgeber vorgeschrieben ist. Bei dieser Begutachtung wird sehr wesentlich mit Kategorien operiert, die in der Medizin ansonsten nur in ganz begrenzten Zusammenhängen eine pragmatische Rolle spielen: dem Konzept der "Schwere einer Krankheit", des "gesundheitlichen Gesamtzustands im Hinblick auf die Funktionstüch-

tigkeit des Betroffenen", eines "altersspezifischen Normalmaßes von Gesundheit" sowie dem Gedanken einer "Kombination von einzelnen Leiden", wobei es um die Gewichtung ihrer "gemeinsamen Schwere" geht. Die Probleme dieser medizinischen Gutachtertätigkeit eigener Art liegen somit hauptsächlich in einer sachgerechten Anwendung weitgehend vorgegebener Beurteilungsschemata auf jeweils spezifische Einzelfälle.

6. Zusammenfassende Auseinandersetzung mit dem "Verdacht", durch die gültige Rechtslage würden "Schwerbehinderte" erst geschaffen

Es gibt einen Einwand gegen das Schwb-G und die Praxis seiner Durchführung. Es heißt, Behinderte würden durch dieses Gesetz erst "hergestellt", so daß man heute schon zwischen "echten" und "gemachten" Schwerbehinderten unterscheiden müsse. Daran seien nicht zuletzt die "Anhaltspunkte" schuld, die oft auch nur geringfügige Krankheiten berücksichtigen würden, mit denen ab einem gewissen Lebensalter sowieso zu rechnen sei. Dieser Einwand geht häufig soweit, im Namen der "eigentlich" Behinderten das derzeitige Schwerbehindertenrecht überhaupt in Frage zu stellen.

Zu dem generellen Vorwurf ist zu sagen, daß die Kategorie des "Schwerbehinderten" nichts anderes als ein Rechtstatbestand ist. Die Schwerbehinderung im Sinne des Gesetzes geht also immer auf die rechtsförmliche Feststellung zurück, daß das Leiden eines Menschen die im Gesetz angesprochenen Tatbestandsmerkmale aufweist. Der "Vorwurf", eine Schwerbehinderung sei juristisch gemacht, trifft insofern immer zu - bloß handelt es sich dabei nicht um einen Vorwurf.

Der Verdacht, die durch die "Anhaltspunkte" vorgegebenen Ermessensspielräume der M.d.E.-Bewertung seien zu "großzügig" und enthielten die Gefahr, daß eine Schwerbehinderung aufgrund relativ geringfügiger Leiden festgestellt würde, ist sicherlich nicht begründet. Wie in Abschnitt 5.2. ausgeführt wurde, bemühen sich insbesondere die neuen "Anhaltspunkte" um eine genaue Differenzierung der Gesundheitsstörungen, die nicht als eine wesentliche Behinderung im Sinne des Gesetzes zu werten sind. Die Richtlinien zur Bildung einer Gesamt-M.d.E. machen es bei korrekter Anwendung - wovon in der Regel ausgegangen werden kann - unmöglich, eine Anzahl Behinderungen geringen Grades zu einer Schwerbehinderung zu "summieren". Auch dies wurde in Abschnitt 5 dargestellt.

Den Ausgangspunkt nimmt diese Kritik am Verfahren der Feststellung einer Schwerbehinderung häufig an der Tatsache, daß nicht jedem Besitzer eines Schwerbehindertén-Ausweises seine schwere Behinderung unmittelbar anzusehen ist. Dem liegt offenbar eine recht laienhafte Vorstellung von Behinderung zugrunde. Man sollte der Versorgungsmedizin nicht ausgerechnet vorwerfen, daß sie auch solche Leiden in Rechnung stellt, die nicht a prima vista als grob entstellend oder sichtbar beeinträchtigend auffallen. Niemand wird abstreiten, daß ein Krebsleiden oder eine schwere Psychose eine erhebliche Beeinträchtigung darstellen, auch wenn sie einem Menschen zunächst einmal gar nicht anzusehen sind.

Der Verweis auf bekannte Einzelfälle ungerechtfertigter M.d.E.-Einstufungen hilft hier auch nicht weiter, da es sich eben immer um Einzelfälle handelt, denen sich allemal leicht entgegengesetzte Einzelfälle gegenüberstellen lassen. Wenn polemisch die Sorge geäußert wird, bei den derzeitigen Verfahrensweisen der Versorgungsmedizin würden die Deutschen zu einem Volk von Behinderten, dann ließe sich genauso polemisch zurückfragen, woher denn eigentlich die gute Meinung von der Volksgesundheit stammt.

Das eigentliche Problem der Versorgungsmedizin im Sinne des Schwb-G liegt nicht in einer zu "großzügigen" oder "restriktiven" Handhabung der gesetzlichen Tatbestandsmerkmale, sondern liegt auf einer anderen Ebene. Es ist grundsätzlich ein schwieriges Unterfangen, medizinische Diagnosen für Rechtsurteile und soziale Gerechtigkeitsvorstellungen heranzuziehen. Medizinische Wissenschaft und gesetzlich geregelte Gerechtigkeit sind der Natur der Sache nach inkommensurabel. Diese Ungleichartigkeit kann nie ausgeräumt, sondern bestenfalls überbrückt werden. Dies gelingt in den "Anhaltspunkten" selbst und erst recht in ihrer Anwendung auf den Einzelfall sicherlich unterschiedlich gut. Falsch wäre es jedoch, zu meinen, durch eine noch so perfekte medizinische Diagnostik oder eine immer weitergehende Differenzierung der "Anhalts-

punkte" könnte dieses Problem aus der Welt geschafft werden. Insbesondere dürfte die Präzisierung und Differenzierung der "Anhaltspunkte" bereits das Maß erreicht haben, bis zu dem das Bemühen, durch allgemeingültige Richtlinien dem Einzelfall gerecht zu werden, noch sinnvoll ist. Wenn man an dem sozialstaatlichen Imperativ festhalten will, daß Behinderten im Maße ihrer Behinderung durch die Gesellschaft Hilfe zur Bewältigung ihrer Lebenssituation zuteil werden soll und daß darüber nach fachmännischem Urteil entschieden werden soll, dann gibt es zu den Prinzipien des derzeitigen Feststellungsverfahrens der Schwerbehinderten-Eigenschaft keine grundsätzliche Alternative.

Anmerkungen

Anmerkungen zu Kapitel 1.

- 1) Seit dem 1. Januar 1980 können Schwerbehinderte auf Antrag unter bestimmten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen mit Vollendung des 60. Lebensjahres Altersruhegeld erhalten.
- 2) Nach § 33 EStG wird wegen außergewöhnlichen Belastungen, die Behinderten erwachsen, auf Antrag ein Pauschbetrag vom steuerpflichtigen Einkommen abgezogen. Die Höhe dieses Pauschbetrages richtet sich nach der Minderung der Erwerbsfähigkeit (M.d.E.). Die Pauschbeträge stehen Behinderten zu, deren M.d.E. auf 50 v.H. festgestellt ist, und Behinderten, deren M.d.E. auf weniger als 50 v.H. aber mindestens 25 v.H. festgestellt ist, wenn ihnen wegen der Behinderung nach gesetzlichen Vorschriften Renten zustehen oder die Körperbehinderung zu einer äußerlich erkennbaren dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit geführt hat oder auf einer typischen Berufskrankheit beruht.
- 3) Die Vergünstigungen sind für den betroffenen Personenkreis übersichtlich zusammengestellt in dem vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung herausgegebenen "Leitfaden für Behinderte" sowie in dem vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung herausgegebenen Informationsblatt "Der Schwerbehinderte und seine Rechte".
- 4) Zitiert wird nach der Fassung der Bekanntmachung vom 8. Oktober 1979 (BG Bl. I, Seite 1649), zuletzt geändert durch das Haushaltsbegleitgesetz 1984 vom 22. Dezember (BG Bl. I, Seite 1532).

" § 1

Schwerbehinderte

Schwerbehinderte im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die körperlich, geistig oder seelisch behindert und infolge ihrer Behinderung in ihrer Erwerbsfähigkeit nicht nur vorübergehend um wenigstens 50 vom Hundert gemindert sind, sofern sie rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzes wohnen, sich gewöhnlich aufhalten oder eine Beschäftigung als Arbeitnehmer ausüben.

§ 2

Gleichgestellte

(1) Personen im Sinne des § 1, die infolge ihrer Behinderung in ihrer Erwerbsfähigkeit nicht nur vorübergehend um weniger als 50 vom Hundert, aber wenigstens 30 vom Hundert gemindert sind, sollen aufgrund einer Feststellung nach § 3 auf ihren Antrag vom Arbeitsamt den Schwerbehinderten gleichgestellt werden, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne diese Hilfe einen geeigneten Arbeitsplatz nicht erlangen oder nicht behalten können. Die Gleichstellung kann zeitlich befristet werden.

(2) Auf Gleichgestellte ist dieses Gesetz mit Ausnahme des §§ 44 und des Elften Abschnitts anzuwenden.

§ 3

Feststellung der Behinderung, Ausweise

- (1) Auf Antrag des Behinderten stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den Grad einer auf ihr beruhenden Minderung der Erwerbsfähigkeit fest. § 30 Abs. und § 62 Abs. 1 bis 3 des Bundesversorgungsgesetzes und das Gesetz über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung in der Fassung der Bekanntmachung vom 6. Mai 1976 (BGBl. I S. 1169) sind entsprechend anzuwenden.
- (2) Eine Feststellung nach Absatz 1 ist nicht zu treffen, wenn eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad einer auf ihr beruhenden Minderung der Erwerbsfähigkeit schon in einem Rentenbescheid, einer entsprechenden Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung oder einer vorläufigen Bescheinigung der für diese Entscheidungen zuständigen Dienststellen getroffen worden ist, es sei denn, daß der Behinderte ein Interesse an anderweitiger Feststellung nach Absatz 1 glaubhaft macht.
- (3) Liegen mehrere Behinderungen vor, so ist der Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit durch die Beurteilung der Auswirkungen der Behinderungen in ihrer Gesamtheit festzustellen. Für diese Entscheidung gilt Absatz 1, es sei denn, daß in einer Entscheidung nach Absatz 2 eine Gesamtbeurteilung bereits getroffen worden ist.
- (4) Sind neben einer Minderung der Erwerbsfähigkeit weitere gesundheitliche Merkmale Voraussetzung für die Inanspruchnahme einer Vergünstigung, so treffen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden die erforderlichen Feststellungen im Verfahren nach Absatz 1.
- (5) Auf Antrag des Behinderten stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden aufgrund einer unanfechtbar gewordenen Feststellung nach den Absätzen 1, 2, 3 oder 4 einen Ausweis über die Eigenschaft als Schwerbehinderter, den Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit sowie im Falle des Absatzes 4 über weitere gesundheitliche Merkmale aus. Der Ausweis dient dem Nachweis für die Inanspruchnahme von Rechten und Vergünstigungen, die Schwerbehinderten nach diesem Gesetz oder nach anderen Vorschriften zustehen. Die Gültigkeitsdauer des Ausweises ist zu befristen. Er ist zu berichtigen oder einzuziehen, sobald eine Neufeststellung unanfechtbar geworden ist. Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nähere Vorschriften über die Gestaltung des Ausweises, ihre Gültigkeitsdauer und das Verwaltungsverfahren zu erlassen.
- (6) "
- 5) Die Aufgabengebiete der Versorgungsämter ergeben sich aus folgenden Gesetzen: Bundesversorgungsgesetz, Schwerbehindertengesetz, Gesetz über die Entschädigung von Opfern von Gewalttaten, Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Bundes-Seuchengesetz, Häftlingshilfegesetz.

- 6) Nach den Richtlinien der "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwb-G" von 1983 - über Zielsetzung und Inhalt der Anhaltspunkte vgl. Abschnitt 5.2. - sind die Voraussetzungen für die Annahme einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr beispielsweise gegeben, wenn eine Funktionsstörung der unteren Gliedmaßen und/oder der Lendenwirbelsäule besteht, die für sich wenigstens eine M.d.E. von 50 v.H. bedingt. Bei Versteifungen der Gelenke der unteren Extremität in ungünstiger Stellung oder bei einer arteriellen Verschlußkrankheit der Beine mit einer M.d.E. von 40 v.H. können diese Voraussetzungen auch bei einem M.d.E.-Wert unter 50 v.H. gegeben sein. Bei Sehbehinderungen, die für sich eine M.d.E. von wenigstens 70 v.H. bedingen, liegen die Voraussetzungen für "G" immer vor, ebenfalls bei gehäuften hirnorganischen Anfällen am Tage und bei geistigen Behinderungen mit einer M.d.E. um 100 v.H. Bei Hörbehinderungen wurde nach den Richtlinien der neu überarbeiteten Anhaltspunkte von 1983 "G" nur noch bei Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit im Kindesalter (in der Regel bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres) gewährt. Durch einen Beschluß des Bundeskabinetts vom Januar 1985 wurde angekündigt, diese Regelung wieder zurückzunehmen. Es wurde beschlossen, der Schwerbehindertengruppe der Gehörlosen die unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personennahverkehr, die ihr durch die Spargesetzgebung vom Dezember 1983 entzogen worden war, wieder zu gewähren. Bei der Prüfung der Frage, ob die Voraussetzungen für "G" erfüllt sind, kommt es nicht auf die konkreten örtlichen Verhältnisse an, sondern darauf, welche Wegstrecken allgemein noch zu Fuß zurückgelegt werden (Vergleiche "Anhaltspunkte" 1983, S. 127 ff).
- 7) Die Voraussetzungen für "aG" sind immer gegeben bei Blinden, Querschnittsgelähmten, Doppel-Beinamputierten, Hüftexartikulierten und einseitig Oberschenkelamputierten, die dauernd außerstande sind, eine Prothese zu tragen, ferner bei vergleichbaren Behinderungen.
- 8) Die Notwendigkeit ständiger Begleitung ist immer anzunehmen bei Querschnittsgelähmten, Ohnhändern, Blinden sowie bei geistig Behinderten, Anfallskranken und bei Seh- oder hochgradig Hörbehinderten, die die Voraussetzungen für "G" erfüllen. In jedem Fall gilt, daß die Voraussetzungen für das Vergünstigungsmerkmal "B" eine "erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr" einschließen.
- 9) Für die Befreiung von den Rundfunkgebühren ("RF") genügt es nicht, daß der Behinderte an einzelnen Veranstaltungen bestimmter Art nicht mehr teilnehmen kann. Er muß allgemein von öffentlichen Zusammenkünften ausgeschlossen sein. Diese Präzisierung wurde in der Neufassung der "Anhaltspunkte"

von 1983 neu aufgenommen. Dies kann soweit gehen, daß jemandem, der aufgrund seiner Behinderung an Veranstaltungen in geschlossenen Räumen nicht teilnehmen kann, das Vergünstigungsmerkmal "RF" nicht zugesprochen wird, da er an Veranstaltungen im Freien teilnehmen kann.

- 10) Nach den Richtlinien der "Anhaltspunkte" sind als "gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen" An- und Auskleiden, Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Verrichten des Notdurft anzusehen. Ohne nähere Prüfung des Tatbestands wird Hilflosigkeit angenommen bei Blindheit und hochgradiger Sehbehinderung, Querschnittslähmung - in der Regel auch bei einer geistigen Behinderung, die für sich eine M.d.E. von 100 v.H. bedingt, und beim Verlust von zwei oder mehr Gliedmaßen (außer einer beidseitigen Unterschenkelamputation). (Vergleiche "Anhaltspunkte" 1983, S. 29 f)
- 11) Zur Entwicklung des Schwerbehindertenrechts von den Anfängen im ersten Weltkrieg bis zum Jahre 1980 siehe Jung/Cramer. Schwerbehindertengesetz Kommentar 1980, S. 1-11.
- 12) Vergleiche hierzu "Anhaltspunkte" 1983, S. 25.
- 13) Zitiert wird aus der Fassung des Schwerbeschädigtengesetzes vom 16. Juni 1953, BG Bl. I., Seite 389

"Geschützter Personenkreis

§ 1

Schwerbeschädigte

(1) Schwerbeschädigte im Sinne dieses Gesetzes sind Deutsche, die

- a) infolge einer gesundheitlichen Schädigung im Sinne der §§ 1 und 82 des Bundesversorgungsgesetzes vom 20. Dezember 1950 (Bundesgesetzbl. S. 791) oder
 - b) infolge einer gesundheitlichen Schädigung im Sinne des § 5 Abs. 2 Buchstabe a des Bundesversorgungsgesetzes, sofern das schädigende Ereignis nach dem 31. Juli 1945 eingetreten ist, oder
 - c) infolge einer gesundheitlichen Schädigung durch nationale sozialistische Verfolgungs- oder Unterdrückungsmaßnahme aus politischen, rassischen oder religiösen Gründen oder
 - d) infolge einer gesundheitlichen Schädigung durch Arbeitsunfall oder Berufskrankheit im Sinne der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung oder durch einen Dienstunfall im Sinne der beamtenrechtlichen Vorschriften oder
 - e) infolge mehrerer dieser Schädigungen
- nicht nur vorübergehend um wenigstens 50 vom Hundert in ihrer Erwerbsfähigkeit gemindert sind.

(2) Schwerbeschädigte sind auch, soweit sie nicht bereits nach Absatz 1 geschützt sind, Deutsche, die von Geburt an blind sind oder das Augenlicht verloren haben oder deren Sehkraft so gering ist, daß sie sich in einer ihnen nicht vertrauten Umwelt allein ohne fremde Hilfe nicht zurechtfinden können, sofern sie ihren Wohnsitz oder ständigen

Aufenthalt im Bundesgebiet oder im Land Berlin haben. "

Es folgt noch ein Absatz 3, der sich auf Nichtdeutsche bezieht.

- 14) Die Bundesbahn wurde aus der Pflicht zur unentgeltlichen Beförderung im Nahverkehr (in einem Umkreis von 50 km vom Wohnsitz des Schwerbehinderten) ausgenommen; generell wurde den Begünstigten ein jährlicher Eigenbeitrag von DM 120,00 auferlegt, wovon nur unter bestimmten Voraussetzungen abgesehen werden kann; die Befreiung von der Kfz-Steuer wurde durch eine Ermäßigung auf 50 % ersetzt, und diese wird nur noch alternativ zur Freifahrt gewährt (nur bei außergewöhnlich gehbehinderten Personen blieb es die Kfz-Steuer betreffend bei der alten Regelung). Die bis dahin gültige Rechtsvermutung, daß Schwerbehinderte mit einer M.d.E. von 80 v.H. - 100 v.H. als erheblich bewegungsingeschränkt im Sinne des Gesetzes anzusehen seien, wurde widerrufen und eine Überprüfung jedes Einzelfalls angeordnet. Von diesen Einschränkungen wurden Kriegsbeschädigte und andere Versorgungsberechtigte nach dem sozialen Entschädigungsrecht ausgenommen. Insoweit hat das Haushaltbegleitgesetz vom Dezember 1983 dem Kausalitätsprinzip des alten Schwerbeschädigtengesetzes in einer Nebenfrage, die für die Betroffenen allerdings von Wichtigkeit ist, wieder eine gewisse Geltung verschafft.
- Durch Beschluß des Bundeskabinetts vom Januar 1985 wurde angekündigt, die Bestimmungen des Haushaltsbegleitgesetzes vom Dezember 1983 erneut zu modifizieren. Auch die Bundesbahn soll wieder zur unentgeltlichen Beförderung von Schwerbehinderten, denen das Vergünstigungsmerkmal "G" zuerkannt wurde, im öffentlichen Nahverkehr verpflichtet werden. Darüberhinaus wurde die Möglichkeit geschaffen, den jährlichen Eigenbeitrag von DM 120,00 in Form von Ratenzahlungen zu entrichten.
- 15) Man muß sich bei diesen Zahlen, die aus offiziellen, jährlich fortgeschriebenen Statistiken stammen, vor einem verbreiteten "Rechenmodus" hüten, nämlich Jahr für Jahr die Zahl der Schwerbehinderten ins Verhältnis zur bundesdeutschen Wohnbevölkerung zu setzen und so auf einen immer höheren Prozentsatz von Behinderten im Volk zu kommen. Diese Betrachtungsweise kann deshalb nicht stimmen, weil Todesfälle von schwerbehinderten Personen nicht gesondert amtlich erfaßt werden. Diese Statistik kann deshalb sinnvollerweise nur Auskunft geben über das Verhältnis der anerkannten Schwerbehinderten zu den gestellten Erstanträgen, nicht aber über die absolute Zahl der in der Bundesrepublik lebenden Schwerbehinderten.
- 16) Auch diese Zahl kann nur eine ungefähre Vorstellung vom Verhältnis der erwerbstätigen zu den nicht erwerbstätigen Schwerbehinderten geben. Sie wurde aus dem Lebensalter der in Bayern im Oktober 1984 aktenkundigen Schwerbehinderten

errechnet. Auch in diesem Fall konnte aus dem offiziellen Zahlenmaterial kein Rückschluß auf die eventuell schon verstorbenen Personen gezogen werden.

- 17) Da die Bezeichnung "Minderung der Erwerbsfähigkeit" oft zu Mißverständnissen führt, ist vorgesehen, anstatt der M.d.E. den Begriff "Grad der Behinderung" einzuführen. An den Bewertungsmaßstäben ändert sich durch diese Bezeichnung nichts. Darüberhinaus wird diskutiert, daß erst Gesundheitsstörungen, die für sich mindestens eine Einzel-M.d.E. von 20 v.H. bedingen, als zu berücksichtigende Behinderungen im Sinne des Schwb-G bewertet werden sollen. Die Abgrenzung der Gesundheitsstörungen mit einem M.d.E.-Grad von 0-10 v.H. in der Neufassung der Anhaltspunkte geht bereits in diese Richtung (vgl. hierzu Abschnitt 4.2.).
- 18) Die Organisationen der Fürsorge- und Hauptfürsorgestellen wurden im Jahre 1919 geschaffen und bis zum heutigen Tage erhalten.
- 19) Frühere Regelungen wie beispielsweise das Preußische Pater für die Versorgung invalider Offiziere von 1789, das Preussische Militärpensions-Reglement von 1825, das Militärpensionsgesetz von 1871, das Mannschaftsversorgungsgesetz und das Offizierspensionsgesetz von 1906 werden zwar häufig als Vorläufer der Schwerbeschädigtengesetzgebung bezeichnet; sie haben aber mit dem Rechtsgedanken einer Rehabilitation von Schwerbeschädigten für ein bürgerliches Leben wenig zu tun. Es ging hier im wesentlichen um die Versorgung von Kriegsveteranen, oftmals galten die Regelungen nur für bestimmte Dienstgrade.
- 20) Vergleiche Anmerkung 17 zu Kapitel 1.
- 21) Vergleiche "Anhaltspunkte" 1983, S. 23 f.

Anmerkungen zu Kapitel 2.

- 1) Vergleiche Anmerkung 2) zu Kapitel 1.
- 2) Die Abgabepflicht besteht für Arbeitgeber, die über mehr als 15 Arbeitsplätze verfügen.
- 3) Vergleiche den 2. Abschnitt des Schwerbehindertengesetzes §§ 4 bis 9 (insbesondere § 8) und den 4. Abschnitt des Schwerbehindertengesetzes §§ 12 bis 19.
- 4) Bei bösartigen Geschwulstkrankheiten wird nach den Richtlinien der "Anhaltspunkte" in den ersten 5 Jahren nach Diagnose und Therapie in der Regel (Ausnahmen: Carcinoma in situ des Uterus und kleine Basaliome) eine M.d.E. von mindestens 50 v.H. angenommen; liegt ein fortgeschrittenes Stadium der Erkrankung vor, wird die Behinderung entsprechend höher bewertet. Ist es nach Ablauf dieser sogenannten 5-jährigen Heilungsbewährung nicht zu einem Rezidiv oder zu Met

stasen gekommen, werden bei der M.d.E.-Bewertung nur noch die durch die Erkrankung und Therapie hervorgerufenen dauerhaften Organschädigungen berücksichtigt. So wird z. B. der Verlust einer weiblichen Brust in der Regel mit einer M.d.E. von 30 v.H. bewertet (vgl. "Anhaltspunkte", S. 86). Analog ist nach Ablauf eines Herzinfarktes eine einjährige Heilungsbewährung abzuwarten, während dieser Zeit ist generell eine Mindest-M.d.E. von 50 v.H. anzunehmen (vgl. "Anhaltspunkte", S. 67).

- 5) Vergleiche Anmerkung 14) zu Kapitel 1.
- 6) Vergleiche Abschnitt 1.1. und Anmerkung 10) zu Kapitel 1.
- 7) Vergleiche Abschnitt 1.1. und Anmerkung 9) zu Kapitel 1.
- 8) Vergleiche Anmerkung 4) zu Kapitel 2.
- 9) Eine versorgungsärztliche Untersuchung oder eine Untersuchung bei einem für das Amt arbeitenden Außengutachter wird dann durchgeführt, wenn nach Aktenlage kein hinreichend klares Bild vom Gesundheitszustand des Antragstellers zu gewinnen ist, in manchen Fällen auch, wenn der Antragsteller explizit eine versorgungsärztliche Untersuchung wünscht. Über 90 % der Erstanträge sowie Erhöhungsanträge können nach Aktenlage aufgrund vorliegender Befundberichte entschieden werden.
- 10) Über Zweck und Inhalt der "Anhaltspunkte" vergleiche Abschnitt 5.2.
- 11) Vergleiche Anmerkung 4) zu Kapitel 2.
- 12) Vergleiche hierzu "Anhaltspunkte" 1983, S. 23 f.

Anmerkungen zu Kapitel 3.

- 1) Der weitaus größte Teil der Anträge (über 90 % der Erst- und Erhöhungsanträge) nach dem Schwb-G muß nach Aktenlage entschieden werden, und zwar sowohl vom Ärztlichen Dienst der Versorgungsämter als auch von Ärzten, die für diese Ämter als Außengutachter tätig sind und vorher entsprechend eingewiesen wurden.
- 2) Vergleiche hierzu "Anhaltspunkte" 1983, S. 48 f.

Anmerkungen zu Kapitel 4.

- 1) Die "Anhaltspunkte" sehen eine solche Nachprüfung zwingend vor bei Krankheitsbildern, bei denen eine sogenannte Heilungsbewährung angenommen wird, wie z. B. bösartige Geschwulsterkrankungen, Herzinfarkt, Nierentransplantationen. Vergleiche hierzu Anmerkung 4) zu Kapitel 2.
- 2) Vergleiche hierzu Anmerkung 4) zu Kapitel 2.

- 3) Vergleiche hierzu "Anhaltspunkte" 1983, S. 26 f.
- 4) In einer 1981 in Nordrhein-Westfalen auf Veranlassung des zuständigen Sozialministers durchgeführten Überprüfungs-Aktion wurde in 800 nach Aktenlage entschiedenen Fällen von anderen Ärzten eine Untersuchung vorgenommen. Diese Untersuchungen führten zu dem Resultat, daß in zwei Dritteln der Fälle dieselbe M.d.E. festgestellt wurde wie nach Aktenlage, bei dem restlichen Drittel wurde in der Mehrzahl der Fälle eine höhere M.d.E. als nach Aktenlage festgestellt.

Anmerkungen zu Kapitel 5.

- 1) Dies gilt im Falle eines Erstantrags ebenso wie bei Erhöhungsanträgen seitens des Antragstellers oder Nachprüfungen von Amts wegen, bei denen zu überprüfen ist, ob eine wesentliche Besserung der festgestellten Behinderungen eingetreten ist, was zu einer Herabsetzung des M.d.E.-Grades führen würde.
- 2) Vergleiche "Anhaltspunkte" 1983, S. 24.
Um hier Mißverständnisse zu vermeiden, ist vorgesehen, daß der Begriff "Minderung der Erwerbsfähigkeit" durch "Grad der Behinderung" zu ersetzen.
- 3) Der Verlust der weiblichen Brust wird nach den Richtlinien der "Anhaltspunkte" in der Regel bei einseitigem Verlust mit einer M.d.E. von 30 v.H. und bei beidseitigem Verlust mit 40 v.H. bewertet (vgl. "Anhaltspunkte" 1983, S. 86).
- 4) Eine entsprechende Einschränkung des begünstigten Personenkreises trifft z. B. das Invaliden-Einstellungsgesetz der Republik Österreich.
- 4a) Ein Beispiel dafür, daß die Feststellung einer "erheblich Beeinträchtigung der Orientierungsfähigkeit im Straßenverkehr" nur einerseits einen medizinischen Befund darstellt und andererseits ebenso sehr auf dem freien staatlichen Beschluß beruht, eine Behinderung entsprechend anzuerkennen, bietet die rechtliche Behandlung der Gehörlosen im Hinblick auf die Vergünstigung unentgeltlicher Beförderung. Das entsprechende Vergünstigungsmerkmal ("G") war bis zum 1.1.84 automatisch mit der Feststellung einer Hörminderung, die eine M.d.E. von mehr als 80 v.H. bedingt, verbunden. Im Haushaltsbegleitgesetz vom Dezember 1983 wurde diese Wert dadurch aufgehoben, daß die bis dahin gültige Rechtsvermutung, bei einer M.d.E. ab 80 v.H. eine "erhebliche Gehbehinderung" anzunehmen, widerrufen und das Vorliegen einer "erheblichen Gehbehinderung" im Sinne des Schwb-G von einer Würdigung des Einzelfalls abhängig gemacht wurde. Hierdurch wurde den Gehörlosen die unentgeltliche Beförderung im Personennahverkehr entzogen. Mit Kabinettsbeschluß vom Januar 1985 wurde erklärt, dieser Schwerbehindertengruppe das Vergünstigungsmerkmal "G" in Zukunft wieder zu gewähren.

5) "Verwaltungsvorschriften zu § 30 BVG

4. Für erhebliche äußere Körperschäden gelten folgende Mindesthundertsätze:

	<u>vom Hundert</u>
Schädelnarben mit Verlust von Knochenmasse ohne Funktionsstörungen des Gehirns	30
Hirnbeschädigung mit stärkeren Funktionsstörungen	50
Rückenmarksverletzung mit schweren Funktionsstörungen	70
Verlust des Gaumens	30
Erheblicher Gewebsverlust der Zunge	30
Verlust des Kehlkopfes	50
Völliger Verlust der Nase	50
Abstoßend wirkende Entstellung des Gesichts	50
Verlust beider Ohrmuscheln	30
Verlust oder Erblindung eines Auges bei voll gebrauchsfähigem anderen Auge	30
Verlust oder Erblindung eines Auges und Herabsetzung der Sehschärfe des anderen Auges auf weniger als die Hälfte	50
Hochgradige Sehbehinderung	mehr als 90
Völlige Taubheit	70
Verlust oder dem Verlust gleichzuachtende Verletzung beider Hoden	50
Verlust des männlichen Gliedes	50
Künstlicher After	50
Verlust des Afterschließmuskels mit schwerem Mastdarmvorfall	50
Urinfistel mit Notwendigkeit, ein Urinal zu tragen	50
Verlust eines Armes im Schultergelenk oder mit sehr kurzem Oberarmstumpf	80
Verlust eines Armes in der Mitte des Oberarmes oder im Ellbogen	70
Verlust eines Armes in der Mitte des Unterarmes	50
Verlust einer ganzen Hand	50
Verlust aller Finger einer Hand	50
Verlust des ganzen Daumens einschließlich Mittelhandknochen einer Hand	30
Verlust eines Beines im Hüftgelenk oder mit sehr kurzem Oberschenkelstumpf	80
Verlust eines Beines im Bereich des Oberschenkels bis zur Kniehöhe (z.B. Amputation nach Gritti)	70

Verlust eines Beines im Bereich des Unterschenkels bei genügender Funktionstüchtigkeit des Stumpfes und der Gelenke	50
---	----

Verlust eines Beines im Bereich des Unterschenkels bei ungenügender Funktionstüchtigkeit des Stumpfes und der Gelenke	60
---	----

Verlust beider Beine im Bereich der Unterschenkel bei Funktionstüchtigkeit der Stümpfe und der Gelenke	80
--	----

Teilverlust des Fußes mit Erhalten der Ferse (Absetzung nach Pirogow)	einseitig 40
	beidseitig 70

Teilverlust des Fußes (Absetzung nach Lisfranc und Sharp)	einseitig 30
	beidseitig 50

Teilverlust des Fußes (Absetzung nach Chopart)	einseitig 30
	beidseitig 60

Verlust aller Zehen an beiden Füßen	30 " "
-------------------------------------	--------

- 6) Anhaltspunkte erschienen zum ersten Mal nach dem ersten Weltkrieg unter dem Titel: "Anhaltspunkte für die Beurteilung der Minderung der Erwerbsfähigkeit nach dem Reichsversorgungsgesetz vom 12. Mai 1920." Nach dem Inkrafttreten des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) nach dem zweiten Weltkrieg wurden sie unter dem Titel: "Anhaltspunkte für die Ärztliche Gutachtertätigkeit im Versorgungswesen" (Ausgaben 1952, 1954, 1958, 1965, 1973) erweitert. Die Richtlinien zur Kausalitätsbeurteilung bei Kriegsschäden standen hierbei im Mittelpunkt. Nach dem Inkrafttreten des Schwerbehindertengesetzes (1974) wurden 1977 vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung zusätzlich die "Anhaltspunkte für die ärztliche Begutachtung Behinderter nach dem Schwerbehindertengesetz" herausgegeben. 1983 erschienen die Anhaltspunkte in neuer Form. Sie tragen jetzt den Titel: "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz". Damit wurde der Anwendungsbereich der "Anhaltspunkte" ausgedehnt. Die neuen "Anhaltspunkte" gelten nicht nur für die Begutachtung nach dem BVG, sondern auch für andere unter dem Begriff "soziales Entschädigungsrecht" zusammengefaßte Gesetze: Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Häftlingshilfegesetz, Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten, Bundesseuchengesetz - die Versorgung von Impfschäden betreffend. Daneben sind die "Anhaltspunkte" 1983 Grundlage für die Begutachtung nach dem Schwerbehindertengesetz. (Vergleiche hierzu

H.H. Rauschelbach und B. Weihrauch 1983).

- 7) Der Verlust des Daumens und des Zeigefingers einer Hand wird - unabhängig davon welche Hand betroffen ist - nach den "Anhaltspunkten" 1982 mit einer M.d.E. von 30 v.H. bewertet. Nach den "Richtlinien für die Einschätzung der M.d.E. gemäß § 7 KOV", die das Bundesministerium für soziale Verwaltung der Republik Österreich am 9. Juni 1965 herausgegeben hat, wird die gleiche Behinderung, falls die Gebrauchshand betroffen ist, mit einer M.d.E. von 40 v.H. bewertet - sonst ebenfalls mit 30 v.H. Diese Richtlinien gelten auch für die Beurteilung nach dem österreichischen Invaliden-Einstellungsgesetz, das dem hiesigen Schwb-G vergleichbar ist, wenn auch der begünstigte Personenkreis sich nicht auf Personen erstreckt, die sich in Ausbildung befinden oder die das 65. Lebensjahr überschritten haben und nicht mehr in Beschäftigung stehen. Die Bewertungsmaßstäbe für die französische KOV sind relevant für die Beurteilung von Kriegsopfern und anderen Gesundheitsschädigten, für deren Anspruchsberechtigung eine bestimmte Ursache der Schädigung ausschlaggebend ist. Da generell die Problematik der Quantifizierung von Gesundheitsschäden verdeutlicht werden soll, können sie in diesem Zusammenhang ebenfalls zum Vergleich herangezogen werden. Nach diesen Bewertungsmaßstäben bedingt der Verlust von Daumen und Zeigefinger einer Hand eine M.d.E. von 50 v.H.

Der Verlust eines Auges wird nach den "Anhaltspunkten" 1983 in der Regel mit einer M.d.E. von 30 v.H. bewertet. Eine M.d.E. von 40 v.H. wird dann angenommen, wenn eine "dauernde, einer Behandlung nicht zugängliche Eiterung der Augenhöhle" besteht. (Vergl. "Anhaltspunkte" 83, S. 51). Nach den österreichischen Richtsätzen wird der Verlust eines Auges auch ohne das Hinzutreten weiterer Komplikationen mit einer M.d.E. von 40 v.H. bewertet, nach den Richtsätzen für die französische KOV mit einer M.d.E. von 60 v.H. In der Rechtspraxis der DDR wird im Behindertenrecht seit 1954 auf eine Beurteilung nach Prozentsätzen ganz verzichtet und stattdessen nur noch zwischen "Leichtbehinderten", "Schwerbehinderten" und "Schwerstbehinderten" unterschieden.

- 8 u. 9) Vergleiche hierzu H.H. Rauschelbach und B. Weihrauch 1983.

10) Vergleiche Anmerkung 5) zu Kapitel 5.

11) Vergleiche den Abschnitt 26.4. der "Anhaltspunkte" 1983 über das Sehorgan und den Abschnitt 26.5. über das Hör- und Gleichgewichtsorgan.

12) Vergleiche hierzu "Anhaltspunkte" 1983, S. 88.

13) Zitiert wird aus dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 15.3.79, Az.: 9 RVs 16/78:

".... 2. Die Auswirkungen einer Gesundheitsstörung lassen sich weder rechnerisch ermitteln und es ist auch keine Addition von Prozentsätzen möglich, sondern sie sind in ihrer Gesamtheit festzustellen....."

Im Jahre 1979 hat das BSG dieses Urteil in 4 weiteren Fällen bestätigt.

- 14) Vergleiche hierzu auch die Ausführungen in Abschnitt 5.2
- 15) Nicht zuletzt wegen dieser Abgrenzung wurde das Kapitel über die Ermittlung der Gesamt-M.d.E. beim Vorliegen mehrerer Gesundheitsstörungen bei der Überarbeitung der "Anhaltspunkte" in die Neufassung aus dem Jahre 1983 neu aufgenommen. (Vergleiche hierzu H.H. Rauschelbach und B. Weihrauch 1983)
- 16) Das Verfahren einer Addition der Einzel-M.d.E.-Werte mit "Abschlag" schlagen die "Anhaltspunkte" in gewisser Weise selber ein, wenn sie beispielsweise die M.d.E.-Werte für einseitige und beidseitige Funktionseinschränkungen der Gliedmaße angeben:
"Verlust eines Beines im Unterschenkel" M.d.E. 50
"Verlust beider Beine im Unterschenkel" M.d.E. 80
(Siehe "Anhaltspunkte" 1983, S. 113)
- 17) Mit diesem Problem setzt sich auch H.H. Rauschelbach 1980 auseinander, siehe auch E. Goetz 1973.
- 18) Als Beispiel für diese integrative Beurteilungsweise führt H.H. Rauschelbach in seiner Veröffentlichung von 1980 folgendes vor: "Nebeneinander liegen eine Herzinsuffizienz mit Leistungsbeeinträchtigung bereits bei leichter Belastung (M.d.E. 60 v.H.), ein Lungenemphysem (M.d.E. 30 v.H.) und ein Teilverlust eines Fußes (M.d.E. 40 v.H.) vor. Auch hier gibt es zweifellos erhebliche Überschneidungen der Auswirkungen; die gesamte Bewegungsfähigkeit wird schon durch die Herzinsuffizienz erheblich eingeschränkt. Die Gesamt-M.d.E. ist mit 80 v.H. ausreichend bemessen."

Literaturverzeichnis

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.)
Sozialfibel für den Bürger. Ein Lexikon über soziale Hilfen, Leistungen und Rechte.
5. Auflage, München 1982

Bundesministerium für soziale Verwaltung (Hg.)
Invalideneinstellungsgesetz
Wien 1982

Ders.
Verordnung vom 9. Juni 1965 über die Richtsätze für die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit nach den Vorschriften des Kriegsopferversorgungsgesetzes von 1957
Wien 1965

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hg.)
Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz
Bonn 1983

Ders.
Anhaltspunkte für die ärztliche Begutachtung Behinderter nach dem Schwerbehindertengesetz
Bonn 1977

Ders.
Anhaltspunkte für die Ärztliche Gutachtertätigkeit im Versorgungswesen
Bonn 1973

Ders.
Bundesversorgungsgesetz (BVG) mit Rentenkaptalisierungsgesetz (KOV), Rechtsverordnungen und Verwaltungsvorschriften
Bonn 1979

Ders.
Leitfaden für Behinderte
Bonn 1984

Geschwinder, Jürgen
Die Gesamt-M.d.E. im Schwerbehindertenrecht
In: Zentralblatt für Sozialversicherung, Sozialhilfe und Versorgung (Z.f.S) 35 Jg. Heft 12
1981

Ders.
Problematische Praxis der M.d.E.-Herabsetzung im Schwer-

behindertenrecht

In: Behindertenrecht Fachzeitschrift für Rehabilitation
Heft 20/1981
München 1981

Gesetz über die Beschäftigung Schwerbeschädigter (Schwerbeschädigtengesetz) vom 16. Juni 1953
Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 28
Bonn 1953

Goetz, E.

M.d.E. und Mathematik

In: KOV. Mitteilungen des Landesversorgungsamtes Berlin
über soziales Entschädigungsrecht, Schwerbehindertenrecht
und Vergünstigungswesen. 22 Jg.
Berlin 1973

Grimm, Hans

Die ärztliche Begutachtung nach dem Schwerbehindertenrecht
In: Hessisches Ärzteblatt 10/1981
1981

Jung, Karl / Cramer, Horst H.

Schwerbehindertengesetz. Verordnungen zum Schwerbehindertengesetz. Gesetz zur Weiterentwicklung des Schwerbeschädigtenrechts. Gesetz über die unentgeltliche Beförderung Schwerbehinderter im öffentlichen Personenverkehr.
Kommentar

2. Auflage, München 1980

Koch, Christel / Koch, Helmut

Die erhebliche Gehbehinderung im Schwerbehindertenrecht
In: Z.f.S. 38. Jg./Heft 11
1984

Kurz, Max

Das Schwerbehindertengesetz hat sich bewährt. Zur Kritik am Schwerbehindertengesetz

In: Der Versorgungsbeamte. Fachzeitschrift für soziales Entschädigungsrecht, Kriegs- und Wehrdienststopfer-Versorgung, Behindertenrecht und angrenzende Rechtsgebiete.
Stuttgart 1982

Lüpke, Karin von

Die Situation der schwerbehinderten Frau im Erwerbsleben
In: Behindertenrecht Heft 4/1984
München 1984

Lunz, Georg

"Mißbrauch des Schwerbehindertengesetzes" - Wirklichkeit oder Behauptung?

Vortrag auf dem "Bundeskongreß Schwerbehindertenrecht" der VdK am 14. Oktober 1982 in Bonn

Rauschelbach, Heinz-Harro
Zur Bedeutung der "M.d.E."
In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 51. Jg. Heft 2
Stuttgart 1975

Ders.
Ärztliche Begutachtung im Spannungsfeld zwischen Medizin,
Recht und Auftraggeber. Ein Beitrag zum Verständnis und
Selbstverständnis medizinischer Sachverständiger.
In: Der Medizinische Sachverständige 75 No. 2
1979

Ders.
Zur Bildung der Gesamt-M.d.E.
In: Der Medizinische Sachverständige 76 No. 5

Ders.
Grundlagen und Probleme der ärztlichen Begutachtung
(nach dem Schwerbehindertengesetz)
In: Hans Neuffer Stiftung (Hg.), 4. Symposium über Sozial-
medizin für Juristen und Ärzte
Köln 1981

Ders.
Erneut: Die Gesamt-M.d.E. im Schwerbehindertenrecht. Be-
merkungen zu dem Aufsatz von Dr. Jürgen Geschwinder im
Z.f.S. 12/81
In: Z.f.S. 35. Jg. Heft 12
1981

Ders.
Nochmals: Die M.d.E.-Bewertung im Schwerbehindertenrecht.
Bemerkungen zu dem Aufsatz von Dr. Jürgen Geschwinder,
Richter am Sozialgericht, in "Behindertenrecht" 20 (1981)
In: Behindertenrecht Heft 21/1982
1982

Ders.
Ärztliche Aufgaben im Rahmen des Schwerbehindertengesetzes
In: Rheinisches Ärzteblatt Heft 4/84
1984

Ders.
Der M.d.E.-Begriff und die Lotto-Definition der Behinderung
In: Der Medizinische Sachverständige 80 No. 4

Rauschelbach, Heinz-Harro / Weihrauch, B.
Neue "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit
im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehin-
dertengesetz"
In: Der Medizinische Sachverständige 79 No. 5

Regierung der Deutschen Demokratischen Republik, Ministerium für Gesundheitswesen (Hg.)
Behinderungstabelle
Ausgabe vom 1.11.1955

Ritzer, Karl
Gesetz zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft vom 29.4.1974
Kommentar
4. Auflage, München 1975

Verband der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten und Sozialrentner Deutschlands e.V. (Hg.)
Das Schwerbehindertenrecht. Gesetz zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft.
10. Auflage, Bonn 1981

Wudtke, Wolfgang
M.d.E.-Beurteilung und Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft bei Süchtigen, insbesondere bei Alkoholabhängigen
Referat auf der versorgungsmedizinischen Fortbildungstagung über Begutachtungsfragen in Wiesbaden vom 9. bis 13.6.1975

Die ärztliche Begutachtung nach dem Schwerbehinderten- gesetz - Diagnose im Widerstreit medizinischer Wissen- schaft und rechtlicher Gesichtspunkte

Zusammenfassung

Die Arbeit beschäftigt sich mit Problemen der versorgungs-
ärztlichen Begutachtung im Rahmen des Schwerbehindertenge-
setzes. An Fallbeispielen aus der versorgungsärztlichen
Praxis wird die spezielle Aufgabenstellung erläutert, die
sich für die Medizin durch die vom Gesetzgeber durch das
Schwerbehindertengesetz festgelegte sozialstaatliche Rechts-
norm ergibt.

Das Kapitel 1 stellt die Zielsetzung des bundesdeutschen
Schwerbehindertenrechts dar und erläutert den sich daraus
ergebenden Auftrag an die Versorgungsmedizin in allgemeiner
Form. In weiteren Abschnitten wird auf die historische Ent-
wicklung des Schwerbehindertenrechts eingegangen.

Das Kapitel 2 erörtert das Verhältnis von Behinderung und
Rechtsanspruch bei den Betroffenen, die einen Antrag nach
dem Schwerbehindertengesetz stellen, so wie es dem Versor-
gungsarzt vorgetragen wird. Ein gesonderter Abschnitt be-
schäftigt sich mit dem in der Öffentlichkeit häufig geäußer-
ten Vorwurf des "Anspruchsdenkens".

Das Kapitel 3 setzt sich mit der Problematik der Feststellung
der Schwerbehinderten-Eigenschaft nach Aktenlage auseinander.
Es werden die Quellen der versorgungsärztlichen Beurteilung
vorgestellt sowie ihre Eignung für den Zweck des versorgungs-
ärztlichen Gutachtens diskutiert.

Das Kapitel 4 über die versorgungsärztliche Untersuchung geht
auf die Phänomene der Simulation und Dissimulation ein.

Das Kapitel 5 über das Krankheitsbild und seine Beurteilung
im Sinne des Schwerbehindertengesetzes setzt sich mit dem
Hauptproblem der versorgungsärztlichen Begutachtung, dem Ver-

hältnis zwischen Diagnose und zu ermittelndem Rechtstatbestand, auseinander. Hier werden insbesondere die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz" von 1983 sowie das Problem der Ermittlung einer Gesamt-M.d.E. ("Minderung der Erwerbsfähigkeit") bei mehreren verschiedenen Behinderungen diskutiert.

In einem Schlußabschnitt werden kritische Einwände gegen das gesamte Verfahren der Feststellung der Schwerbehinderten-Eigenschaft überprüft.

Elisabeth Wellenberger

Lebenslauf

- 18.8.1953 als 2. Tochter des Steuerrats Josef Jennewein und seiner Ehefrau Annemarie Jennewein, geb. Kloster, in Worms (Rheinland/Pfalz) geboren.
- 1960 - 1964 Besuch der Grundschule in Worms-Abenheim
- 1964 - 1972 Besuch des Eleonoren-Gymnasiums in Worms
- Mai 1972 wurde dort die Reifeprüfung im mathematisch-naturwissenschaftlichen Zweig bestanden.
- 1972 - 1978 Studium der Humanmedizin und Soziologie an der Philipps-Universität Marburg.
- Sommersemester 1978 Nach Bestehen des 2. Abschnitts der Ärztlichen Prüfung Studienortwechsel an die Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt / Main.
- April 1978 - April 1979 "Praktisches Jahr" im Rahmen des Humanmedizinstudiums am Lehrkrankenhaus der Universität Frankfurt in Bad Soden sowie an der Universitätsklinik Frankfurt (Chirurgie, Innere Medizin, Radiologie).
- April/Mai 1979 wurde der 3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung in Frankfurt (schriftlicher Teil) und in Bad Soden (mündlicher Teil) erfolgreich abgelegt.
25. Juni 1979 Verleihung der Approbation als Ärztin durch das Regierungspräsidium Darmstadt.
24. August 1979 Eheschließung mit dem Studenten der Germanistik Georg Wellenberger vor dem Standesamt Berbenhausen.
- September 1979 - Mai 1980 Tätigkeit als Assistenzärztin in der röntgenologischen Abteilung des St. Katharinen-Krankenhauses Frankfurt/Main.
- Juni 1980 - Juni 1982 Tätigkeit als Assistenzärztin in der labormedizinischen Fachpraxis des Dr.med.Erdlenbruch in Frankfurt/Main.
- September 1982 - Mai 1983 Vertragsärztin des Landes Hessen am Versorgungsamt Frankfurt/Main.
- seit Mai 1983 als Vertragsärztin des Freistaates Bayern im Ärztlichen Dienst des Versorgungsamtes München II.

